



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**YÖNETİCİ GÖZÜYLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTA
TAKLİDİ YAPMA (TEMARUZ) DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
NİTEL BİR ÇALIŞMA**

Rabia TATLIDİL

1940232002

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA-2024

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI





T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “*Yönetici Gözüyle Sağlık Çalışanlarının Hasta Taklidi Yapma (Temaruz) Davranışları Üzerine Nitel Bir Çalışma*” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Rabia TATLIDİL
15/3/2024



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
BEYAN BELGESİ



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-SOYADI	Rabia TATLIDİL
Öğrenci Numarası	1940232002
Enstitü Ana Bilim Dalı	Sağlık Kurumları Yönetimi
Programı	Sağlık Yönetimi
Programın Türü	() Tezli Yüksek Lisans (X) Doktora
Danışmanın Unvanı, Adı-SOYADI	Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Tez Başlığı	Yönetici Gözüyle Sağlık Çalışanlarının Hasta Taklidi Yapma (Temaruz) Davranışları Üzerine Nitel Bir Çalışma
Turnitin Ödev Numarası	2335279701

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 297 sayfalık kısmına ilişkin olarak, 30/03/2024 tarihinde tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönergesinin 14 üncü maddesinde yer alan filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve ekte sunulan rapora göre, tezin/dönem projesinin benzerlik oranı;

Kaynakçalar hariç, alıntılar dahil, 10 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç; %2 'dir.

Danışman tarafından uygun olan seçenek işaretlenmelidir:

(X) Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşmıyor ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylarım.

() Benzerlik oranları belirlenen limitleri aşıyor, ancak tez/dönem projesi danışmanı intihal yapılmadığı kanısında ise;

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan Tez Çalışması Orijinallik Raporu'nun doğruluğunu onaylar ve Uygulama Esasları'nda öngörülen yüzdeler sınırlarının aşılmasına karşın, aşağıda belirtilen gerekçe ile intihal yapılmadığı kanısında olduğumu beyan ederim.

Gerekçe:

Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımda yapılmıştır. İlgili tezin orijinallik raporunun uygun olduğunu beyan ederim.

01/04/2024

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ÖZET

Günlük yaşam içerisinde gözlemlenebilen bir davranış olarak temaruz, oldukça fazla araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmaların hasta ekseninde ele alındığı ve tıbbi bir bakış açısıyla yazıldığı fark edildiği için temaruzun örgütsel bağlamının incelenmesi gerektiği anlaşılmıştır. Temaruz kavramının örgütsel bağlamını ortaya koyabilmek için yola çıkılan bu araştırmanın amacı; sağlık çalışanlarında temaruz davranışının nasıl ve neden sergilendiğini, bunun etkilerini ve çözüm stratejilerini yönetsel açıdan değerlendirmektir. Bu amaca binaen nitel araştırma yöntemi tercih edilerek fenomenoloji deseniyle, katılımcıların temaruz davranışına dair deneyimleri gerçekleştirilen görüşmeler yoluyla derinlemesine incelenmiştir. Araştırmanın katılımcıları amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt ve kartopu örneklemeyle seçilmiştir. Kendi çalışanları üzerinden temaruz davranışını gözlemlemiş ve yöneticilik yapmış/yapmakta olan 1'i başhemşire, 2'si başhekim, 2'si başhekim yardımcısı, 2'si ünite sorumlusu, 4'ü laboratuvar sorumlusu ve 9'u servis sorumlusu hemşire olmak üzere toplamda 20 kişi ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada derinlemesine görüşme tekniği kullanılmış ve görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde 183 sayfalık veri oluşmuştur. Bu araştırma yorumlayıcı fenomenolojik analiz yaklaşımıyla tasarlanmış ve analiz tekniği olarak da tematik veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular; çalışan ve yöneticilik algısı, temaruz davranışının nedenleri, temaruz davranışı sergileyenlerin özellikleri, temaruz davranışın fark edilmesi ve yorumlanması, temaruz davranışının nasıl sergilendiği, temaruz davranışının sonuçları ve temaruz davranışının önüne geçme yöntemleri üst temalarında toplanmıştır. Araştırmanın sonucu olarak; kişisel nedenlerin, çalışma şartlarının getirdiği unsurların, gerekli yönetim faaliyetlerinin sağlanmamasının ve yapısal unsurların temaruz davranışına neden olduğu görülmüştür. Yöneticiler temaruz davranışını, davranış tekrar ettiğinde ve kanıt olmadığında anlamış ve bu farkındalık anında olumsuz duygusal durumlar yaşamışlardır. İleri sürülen hastalıklar daha çok subjektif yapıda olmaları ve özellikle daha sonrasında ispatı olmaması nedeniyle tercih edilmiştir. Davranış sergilenirken sağlık çalışanları sözel ve davranışsal kalıplar kullanmışlardır. Temaruz davranışından; kişinin kendisi, iş arkadaşları, yönetici, mikro paydaşlar, kurum, makro paydaşlar, sağlık sistemi ve devlet etkilenmiştir. Bu davranışının önüne geçebilmek için yapısal ve yönetsel stratejiler önerilmiştir. Bu davranışın sergilenmesi halinde yönetici; çalışanıyla iletişime geçerek durum tespiti yapmalı ve davranışın gerçekten temaruz olup olmadığını değerlendirdikten sonra yapacağı uygulamalara karar vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Temaruz, sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi, örgütsel davranış, sağlık yönetimi

(TATLIDİL, Rabia, *A Qualitative Study on Patient Impersonation (Malingering) Behaviors of Healthcare Workers from the Managers' Perspective*, Doctoral Thesis, Isparta, 2024)

ABSTRACT

As a behavior that can be observed in daily life, malingering has been the subject of much research. Since it was noticed that these studies were handled on the patient axis and written from a medical perspective, it was understood that the organizational context of malingering should be examined. The aim of this research, which set out to reveal the organizational context of the concept of malingering, is to evaluate how and why malingering behavior is exhibited in healthcare workers, its effects and solution strategies from a managerial perspective. For this purpose, the qualitative research method was preferred and the experiences of the participants about the malingering behavior were examined in depth through interviews with the phenomenology design. The participants of the study were selected by criterion and snowball sampling from purposive sampling methods. Interviews were conducted with a total of 20 people, including 1 chief nurse, 2 chief physicians, 2 deputy chief physicians, 2 unit supervisors, 4 laboratory supervisors and 9 service managers, who had observed malingering behavior through their own employees and who were/are managers. In this study, in-depth interview technique was used and a semi-structured interview form was used in the interviews. As a result of the interviews with the participants, 183 pages of data were collected. This research was designed with an interpretative phenomenological analysis approach and thematic data analysis method was used as the analysis technique. The findings were gathered under the themes of employee and managerial perception, causes of maltreatment behavior, characteristics of those who exhibit maltreatment behavior, recognition and interpretation of maltreatment behavior, how maltreatment behavior is exhibited, consequences of maltreatment behavior and methods to prevent maltreatment behavior. As a result of the research, it was seen that personal reasons, factors brought about by working conditions, failure to provide necessary management activities and structural factors cause maltreatment. Managers understood the malingering behavior when the behavior was repeated and there was no evidence, and they experienced negative emotional states at the moment of this awareness. The diseases claimed were preferred because they were mostly subjective in nature and especially because there was no proof afterwards. Healthcare workers used verbal and behavioral patterns while exhibiting the behavior. The person himself/herself, colleagues, managers, micro stakeholders, the institution, macro stakeholders, the health system and the state were affected by the malingering behavior. Structural and managerial strategies have been proposed to prevent this behavior. In case this behavior is exhibited, the manager should contact the employee, make a due diligence and decide on the practices to be implemented after evaluating whether the behavior is really malingering or not.

Keywords: Malingering, health psychology, health sociology, organizational behavior, health management

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xv
ÖNSÖZ	xvi
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM TEMARUZ

1.1. Temaruz Kavramı	4
1.2. Temaruzun Tanı Kriterleri	7
1.3. Temaruz İle İlgili Kavramlar	7
1.4. Temaruzun Tarihçesi	10
1.5. Temaruzun Etiyolojisi	13
1.5.1. Patojenik Model	13
1.5.2. Kriminolojik Model	13
1.5.3. Adaptasyonel Model	13
1.6. Temaruzun Epidemiyolojisi	14
1.7. Temaruzun Alt Tipleri	15
1.8. Temaruz İle İlişkili Durumlar	16
1.8.1. Yapay Bozukluk	17
1.8.2. Konversiyon Bozukluğu	18
1.8.3. Somatizasyon (Bedensel Belirti) Bozukluğu	19
1.8.4. Yeme Bozuklukları	20
1.8.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları	21
1.8.6. Parafili Bozuklukları ve Cinsel İstismar	21
1.8.7. Kişilik Bozuklukları ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu	21
1.8.8. Temaruz ile İlişkili Diğer Durumlar	23
1.9. Temaruzun Görünümleri ve Saptanması (Taklit Edilen Hastalıklar)	23
1.9.1. Zekâ Geriliği Taklidi	23
1.9.2. Amnezi ve Hafıza Kaybı Taklidi	24
1.9.3. Psikoz Taklidi	25
1.9.4. Mutizm Taklidi	28
1.9.5. Travmatik Beyin Hasarı Taklidi	29
1.9.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taklidi	30
1.10. Temaruzun Değerlendirilmesi ve Yönetimi	33

2. BÖLÜM

HASTALIK VE TEMARUZ

2.1. Kuramsal Çerçeve	38
2.2. Genel Olarak Hastalık	43
2.3. Toplumsal ve Kültürel Bağlamda Hastalık	46
2.4. Hasta Rolü ve Temaruz	48
2.5. Normal Olmayan Rahatsızlık	55
2.6. Hastalık ve Medikalizasyon	58
2.7. Örgütsel Bağlamda Temaruz	60

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	67
3.2. Araştırmanın Yöntemi	69
3.3. Araştırmanın Deseni	69
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Tekniği	71
3.5. Araştırmanın Katılımcıları	73
3.6. Araştırmacının Rolü	77
3.7. Araştırmanın Varsayımları ve Karşılaşılan Güçlükler	79
3.8. Araştırma Verilerinin Analizi	82
3.9. Araştırmanın İnanırlık, Aktarılabirlik, Tutarlık ve Teyit Edilebilirliği	84

4. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

4.1. ÇALIŞAN VE YÖNETİCİLİK ALGISINA İLİŞKİN BULGULAR	88
4.1.1. Çalışan Algısı	88
4.1.1.1. İşe Yönelik Algı	88
4.1.1.1.1. Olumlu Özellikler	89
4.1.1.1.2. Olumsuz Özellikler	89
4.1.1.2. Kişiye Yönelik Algı	90
4.1.1.2.1. Olumlu Özellikler	90
4.1.1.2.2. Olumsuz Özellikler	91
4.1.1.3. Diğer Algılar	91
4.1.2. Yöneticilik Algısı	92
4.1.2.1. Paternalist Yönetici	92
4.1.2.2. Profesyonel Yönetici	93
4.1.2.3. Otokratik Yönetici	94
4.1.2.4. Edimsel Yönetici	95
4.1.2.5. Yenilikçi Yönetici	96
4.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TEMARUZ DAVRANIŞININ NEDENLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	96
4.2.1. Kişisel Nedenler	97

4.2.1.1. Çıkarıcı Yaklaşımla İlgili Nedenler	98
4.2.1.1.1. Kurumdan Uzaklaşma Çabası	98
4.2.1.1.2. Bencillik	99
4.2.1.1.3. İkincil Kazançlar	100
4.2.1.2. Özel Hayatla İlgili Nedenler	101
4.2.1.3. Seyahat Etme İsteğiyle İlgili Nedenler	101
4.2.1.4. Ailevi Nedenler	102
4.2.1.5. İşe Karşı Yaklaşımla İlgili Nedenler	103
4.2.1.6. Kişiler Arası İlişkilerle İlgili Nedenler	104
4.2.1.7. İnfomal Güçle İlgili Nedenler	105
4.2.1.8. Kültürle İlgili Nedenler	106
4.2.2. Çalışma Şartlarıyla İlgili Nedenler	107
4.2.2.1. Çalışılan Alanla İlgili Nedenler	107
4.2.2.2. İş Baskısıyla İlgili Nedenler	109
4.2.2.2.1. Hasta ve Yakınlarıyla Uğraşma	109
4.2.2.2.2. İş Tanımlarının Belirsizliği	110
4.2.2.2.3. İş Alanının Zorluğu	111
4.2.2.2.4. İş Yoğunluğu	113
4.2.2.2.5. İşte Tükenmişlik Yaşama	113
4.2.2.3. Kurumsal Özelliklerle İlgili Nedenler	114
4.2.3. Yönetimsel Nedenler	115
4.2.3.1. Denetimsel Sorunlar	116
4.2.3.2. Örgütlemeye İlgili Sorunlar	116
4.2.3.3. Ast-Üst İlişkileriyle İlgili Sorunlar	118
4.2.3.4. Sorumluluktan Kaçmayla İlgili Sorunlar	119
4.2.3.5. Yaptırımlarla İlgili Sorunlar	120
4.2.4. Yapısal Nedenler	121
4.2.4.1. Ceza Sistemi Boşlukları	122
4.2.4.2. Rapor Sistemi Unsurları	123
4.2.4.3. Hekim Kaynaklı Unsurlar	125
4.2.4.4. İstihdam Güvencesi	126
4.3. TEMARUZ DAVRANIŞI SERGİLEYENLERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	127
4.3.1. Kişilik Özellikleri	127
4.3.1.1. Duygusal Tutarsızlık	127
4.3.1.2. Özdenetimsizlik	128
4.3.1.3. Geçimsizlik	129
4.3.2. Diğer Özellikler	131
4.4. TEMARUZ DAVRANIŞININ FARK EDİLMESİ VE YORUMLANMASINA İLİŞKİN BULGULAR	132
4.4.1. Davranışın Fark Edilmesi	132
4.4.1.1. Davranışın Tekrar Etmesi	133
4.4.1.2. Hastalığı Abartma	134
4.4.1.3. Kanıt Olmaması	134
4.4.1.4. Davranışları Değerlendirme	136
4.4.1.4.1. Hasta Rolü Açısından	137

Hastalığa Dair.....	137
Sorumluluklara Dair.....	138
Beklenmediği Halde Yerine Getirilen Davranışlar	139
Sorumluluktan Kaçma Davranışları	140
4.4.1.4.2. Genel Tutum ve Davranışlar Açısından.....	140
4.4.1.5. Bütüncül Değerlendirme	142
4.4.2. Temaruz Davranışına Dair Hissedilenler	143
4.4.2.1. Davranışı Sergileyenlere Dair Hissedilenler	143
4.4.2.2. Kendisine Dair Hissedilenler	144
4.4.2.2.1. Değersizlik Hissiyatı Yaşama	144
4.4.2.2.2. Olumsuz Duygusal Durumlar Yaşama.....	145
4.4.2.2.3. Diğer.....	146
4.4.2.3. Diğerlerine Dair Hissedilenler	146
4.4.3. Temaruz Davranışının Farkındalık Süreci	147
4.4.3.1. Süreç Açısından	147
4.4.3.1.1. İspatın Zorluğu	147
4.4.3.1.2. Planlı Davranış	149
4.4.3.1.3. Hekimin Klinik Otonomisi.....	150
4.5. TEMARUZ DAVRANIŞININ NASIL SERGİLENDİĞİNE İLİŞKİN	
BULGULAR.....	150
4.5.1. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Yöntemler	151
4.5.1.1. Pozitif Temaruz Yapma	152
4.5.1.2. Rapor Kullanma	153
4.5.1.3. İşten Kaytarma Davranışı Sergileme	155
4.5.1.4. Yüz Yüze İletişimden Kaçınma	155
4.5.2. Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıklar.....	156
4.5.2.1. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları.....	157
4.5.2.2. Sindirim Sistemi Hastalıkları	157
4.5.2.3. Solunum Sistemi Hastalıkları.....	158
4.5.2.4. Sinir Sistemi Hastalıkları	158
4.5.2.5. Psikiyatrik Hastalıklar	159
4.5.2.6. Neoplazmlar	159
4.5.2.7. Enfeksiyon Hastalıkları.....	159
4.5.2.8. Kadın ve Doğum Hastalıkları.....	159
4.5.2.9. Diğer.....	160
4.5.3. Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıkların Tercih	
Edilme Nedenleri	160
4.5.3.1. Kanıtlanamazlık	161
4.5.3.1.1. Hastalığın Subjektifliği	161
4.5.3.1.2. Tıbbi Kanıtlanamazlık.....	161
4.5.3.2. Hastalık Süresinin Kısıklığı.....	162
4.5.3.3. İnanılabilirlik Düzeyi.....	163
4.5.3.4. Teorik ve Pratik Semptom Bilgisi.....	163
4.5.3.5. Defansif Tıp Eğilimi	164
4.5.4. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Kalıplar	165
4.5.4.1. Söylemsel Kalıplar.....	165
4.5.4.1.1. Rahatsızlığa Vurgu Yapma	166

4.5.4.1.2. Hastalığa ve Semptoma Vurgu Yapma	167
4.5.4.1.3. Çalışamayacağına Vurgu Yapma	169
4.5.4.1.4. Belirsiz İfadeler Kullanma	169
4.5.4.1.5. Yuvarlak İfadeler Kullanma	170
4.5.4.2. Davranışsal Kalıplar	170
4.5.4.2.1. Beden Dilini Değiştirme	171
4.5.4.2.2. Destekleyici Davranışlar Sergileme	171
4.6. TEMARUZ DAVRANIŞININ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR .	173
4.6.1. Kuruma Yönelik Sonuçlar	174
4.6.1.1. Hizmet Sunumunda Yaşanan Sorunlar	174
4.6.1.2. İşleyişte Yaşanan Sorunlar	175
4.6.1.3. Kurum İmajının Zedelenmesi	176
4.6.2. Davranışı Sergileyen Kişiye Yönelik Sonuçlar	176
4.6.2.1. Gösterilen Tepkilerle İlgili Sonuçlar	177
4.6.2.1.1. İş Arkadaşları Tarafından Gösterilen Tepkiler	177
4.6.2.1.2. Yönetici Tarafından Gösterilen Tepkiler	178
4.6.2.2. Olumsuz İmajla İlgili Sonuçlar	179
4.6.2.3. İkincil Kazançlarla İlgili Sonuçlar	180
4.6.2.4. Yaptırımlarla İlgili Sonuçlar	181
4.6.3. İş Arkadaşlarına Yönelik Sonuçlar	182
4.6.3.1. Çalışma Ortam ve Koşullarıyla İlgili Sonuçlar	183
4.6.3.1.1. Mağduriyet Yaşama	183
4.6.3.1.2. İşten Sapma	184
4.6.3.1.3. İş Yükünün Artması	185
4.6.3.2. Psikolojik Yıpranmayla İlgili Sonuçlar	186
4.6.3.3. Sosyal Hayattaki Aksamalarla İlgili Sonuçlar	187
4.6.4. Yöneticinin Kendisine Yönelik Sonuçlar	188
4.6.4.1. Örgütlemeye İlgili Sorunlar Yaşama	188
4.6.4.2. Yönetimsel Çıkmaza Girme	189
4.6.4.2.1. Yönetim Gücünün Zayıflaması	190
4.6.4.2.2. Motivasyon Düşüklüğü Yaşama	191
4.6.4.3. Yönetim Felsefesinin Değişmesi	191
4.6.4.4. Çalışanlarla İlişkilerde Zorluk Yaşama	192
4.6.5. Paydaşlara Yönelik Sonuçlar	193
4.6.5.1. Mikro Düzey	193
4.6.5.2. Makro Düzey	195
4.7. TEMARUZ DAVRANIŞININ ÖNÜNE GEÇMEYE YÖNELİK BULGULAR	196
4.7.1. Temaruz Davranışını Önlemeye Yönelik Stratejiler	197
4.7.1.1. Yapısal Önlemler	198
4.7.1.2. Yönetimsel Önlemler	199
4.7.1.2.1. İç Denetim Sistemini Harekete Geçirme	200
4.7.1.2.2. Örgütsel Adaleti Sağlama	201
4.7.1.2.3. Kurum Kültürü Oluşturma	202
4.7.1.2.4. Çalışma Şartlarını Düzenleme	203
4.7.1.2.5. Çalışana Yaklaşımı Değiştirme	204

Katılımcı Liderlik Anlayışını Benimseme	205
İletişim Kurma	205
İlişki Kurma	206
Otokratik Liderlik Anlayışını Benimseme	206
4.7.1.2.6. Yaptırım Uygulama.....	207
4.7.2. Temaruz Davranışını Yönetebilmek İçin Yöneticinin Sahip Olması	
Gereken Özellikler	208
4.7.2.1. Kişilik Özellikleri.....	209
4.7.2.2. Yöneticilik Tarzı	210
4.7.2.3. Yönetici Özellikleri.....	211
4.7.2.3.1. Teknik Beceriler.....	211
4.7.2.3.2. Kavramsal Beceriler.....	212
4.7.2.3.3. Beşerî Beceriler.....	213
4.7.3. Temaruz Davranışının Süreç Yönetimi.....	214
4.7.3.1. Davranışın Tespit Edilmesi.....	215
4.7.3.1.1. İletişime Geçme	215
4.7.3.1.2. Değerlendirme Yapma	215
Davranışı Anlamlandırma	216
Çalışana Yönelik Tavır	216
Durum Tespiti Yapma.....	217
Hizmet İşlerliğini Kontrol Etme.....	218
Davranışı Kanıtlama.....	219
4.7.3.2. Yapılacak Uygulamalar.....	220
4.7.3.2.1. Müzakereci Yaklaşım Sergileme	221
Kişiyeye Yönelik	221
Ekibe Yönelik.....	222
4.7.3.2.2. Yıkıcı Yaklaşım Sergileme	222

5. BÖLÜM

DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ.....	225
5.1.1. Çalışan ve Yöneticilik Algısına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi ..	226
5.1.2. Temaruz Davranışının Nedenlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	228
5.1.3. Temaruz Davranışı Sergileyenlerin Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	234
5.1.4. Temaruz Davranışının Fark Edilmesi ve Yorumlanmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	235
5.1.5. Temaruz Davranışının Nasıl Sergilendiğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	237
5.1.6. Temaruz Davranışının Sonuçlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	242
5.1.7. Temaruz Davranışının Önüne Geçmeye İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	245
5.1.8. Sağlık Çalışanlarının Temaruz Davranışı Bulgularının Kuramsal Açından Değerlendirilmesi	249

5.2. ÖNERİLER.....	256
KAYNAKÇA.....	261
EK-1. Etik Kurul İzni.....	277
EK-2. Gönüllü Katılım Formu	278
EK-3. Mülakat Formu	279
EK-4. Özgeçmiş	280



KISALTMALAR

APA : American Psychiatric Association

Akt. : Aktaran

Çev. : Çeviren

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Ed. : Editör(ler)

TDK: Türk Dil Kurumu

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

Vd. : Ve Diğerleri

Vb. : Ve Benzeri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hastanın Seçimini, Özgür İradesini ve Kasıtlılığını İçeren Hastalık Aldatma Modeli	6
Şekil 2. Temaruzun Değerlendirilmesi ve Yönetilmesi	36
Şekil 3. Normal ve Normal Olmayan Rahatsızlık Davranışı	57
Şekil 4. Çalışan Algısına İlişkin Kavram Haritası	88
Şekil 5. Yöneticilik Algısına İlişkin Kavram Haritası	92
Şekil 6. Temaruz Davranışının Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası	97
Şekil 7. Kişisel Nedenlere İlişkin Kavram Haritası	98
Şekil 8. Çıkarıcı Yaklaşımına İlişkin Kavram Haritası	98
Şekil 9. Çalışma Şartlarıyla İlgili Nedenlere İlişkin Kavram Haritası	107
Şekil 10. İş Baskısıyla İlgili Nedenlere İlişkin Kavram Haritası	109
Şekil 11. Yönetisel Nedenlere İlişkin Kavram Haritası	116
Şekil 12. Yapısal Nedenlere İlişkin Kavram Haritası	122
Şekil 13. Temaruz Davranışı Sergileyenlerin Özelliklerine İlişkin Kavram Haritası	127
Şekil 14. Temaruz Davranışının Fark Edilmesi ve Yorumlanmasına İlişkin Kavram Haritası	132
Şekil 15. Temaruz Davranışının Fark Edilmesine İlişkin Kavram Haritası	133
Şekil 16. Davranışları Değerlendirmeye İlişkin Kavram Haritası	136
Şekil 17. Sorumluluklara Dair Unsurlara İlişkin Kavram Haritası	138
Şekil 18. Temaruz Davranışına Dair Hissedilenlere İlişkin Kavram Haritası	143
Şekil 19. Kendisine Dair Hissedilenlere İlişkin Kavram Haritası	144
Şekil 20. Temaruz Davranışının Farkındalık Sürecine İlişkin Kavram Haritası	147
Şekil 21. Temaruz Davranışının Sergilenmesine İlişkin Kavram Haritası	151
Şekil 22. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Yöntemler	152
Şekil 22. Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıklara İlişkin Kavram Haritası	156
Şekil 23. İleri Sürülen Hastalıkların Tercih Edilme Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası	160
Şekil 24. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Kalıplara İlişkin Kavram Haritası	165
Şekil 25. Söylemsel Kalıplara İlişkin Kavram Haritası	165
Şekil 26. Davranışsal Kalıplara İlişkin Kavram Haritası	170
Şekil 27. Temaruz Davranışının Sonuçlarına İlişkin Kavram Haritası	173
Şekil 28. Kuruma Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası	174
Şekil 29. Davranışı Sergileyen Kişiye Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası	177
Şekil 30. İş Arkadaşlarına Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası	183
Şekil 31. Yöneticinin Kendisine Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası	188
Şekil 32. Yönetisel Çıkmaza Girmeye İlişkin Kavram Haritası	190
Şekil 33. Paydaşlara Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası	193
Şekil 34. Temaruz Davranışını Önleme Stratejilerine İlişkin Kavram Haritası	197
Şekil 35. Temaruz Davranışını Önlemeye Yönelik Stratejilere İlişkin Kavram Haritası	198
Şekil 36. Yönetisel Önlemlere İlişkin Kavram Haritası	200
Şekil 37. Çalışana Yaklaşımı Değiştirmeye İlişkin Kavram Haritası	205

Şekil 38. Yöneticinin Sahip Olması Gereken Özelliklere İlişkin Kavram Haritası.	209
Şekil 39. Yönetici Özelliklerine İlişkin Kavram Haritası	211
Şekil 40. Temaruz Davranışının Süreç Yönetimine İlişkin Kavram Haritası.....	214
Şekil 41. Değerlendirme Yapmaya İlişkin Kavram Haritası	216
Şekil 42. Yapılacak Uygulamalara İlişkin Kavram Haritası.....	221
Şekil 43. Temaruz Davranışının Sonuçları	253
Şekil 44. Temaruz Davranışını Fark Etme ve Önleme Modeli.....	254



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Temaruzu Açıklayıcı Modeller.....	14
Tablo 2. Katılımcılara ve Görüşmelere Ait Bilgiler.....	75
Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının İleri Sürdükleri Hastalıklar ve Türleri.....	239



ÖNSÖZ

Temaruz kavramıyla bir kitap bölümünde karşılaştığım ilk andan bu yana zihnimin her köşesinde yer edindiğini ifade etmek isterim. Konuyu anlamam ve üzerine bir şeyler katarak bu noktaya getirmem oldukça zor olsa da bu sürecin her aşamasında akademik desteğini benden esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e teşekkürü bir borç bilirim. 2014 yılının bahar dönemindeki bir lisans dersinden bu yana bir fiil kendisinin öğrencisiyim. Geçen bu süreçte akademik ve kişisel yolculuğumda bana kattıkları için kendisine müteşekkirim.

Tez izleme jürimde yer aldıkları ve tezimin her safhasında katkı sağladıkları için Doç. Dr. Emine ŞENER'e ve Doç. Dr. Ahmet ALKAN'a canı gönülden teşekkür ederim. Tez savunma jürimde yer alarak değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN'a ve Prof. Dr. Şerife Didem KAYA'ya teşekkürü borç bilirim.

Bu süreçte benden desteğini esirgemeyen, her düştüğümde yanımda olan ve yoluma devam edebilmem için beni cesaretlendiren eşim Umut Gökhan TATLIDİL'e çok teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca akran desteğinin ne kadar önemli olduğunu bana anımsatan ve kimi zaman bu yolu birlikte yürüyerek motive olmamı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye GÜNGÖR'e, Öğr. Gör. Zeynep KUH'a, Öğr. Gör. İrem ŞENGÜN'e, Arş. Gör. Rabia KAYAALTI'na ve Arş. Gör. İmran GÜL'e teşekkür ederim.

Bu süreçte her anlamda yanımda olan ve hayatım boyunca arkamda duran annem, babam, kardeşlerim ve rahmetli dayıma teşekkürü borç bilirim.

Araştırmanın gizliliği nedeniyle katılımcıların isimlerini anamasam da her bir katılımcıya benimle görüşme yapmayı kabul ettikleri ve bu araştırmaya katkı sağladıkları için teşekkür ederim.

GİRİŞ

Hastalık kavramına yönelik yapılan genel geçer tanımların biyolojik -vücutta meydana gelen bozulmalar- eksenli olduğu görülse de hastalığı salt bu açıdan ele almak eksik bir bakış açısı sunmaktadır. Öyle ki hastalık; bazı sonuçları beraberinde getirerek insanların yaşamında değişikliklere neden olan bir olgudur. Bu açıdan hasta olarak nitelendirilen bir kimsenin artık eski rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi beklenmemekte ve bu kişi hasta rolüne geçmektedir. Bu unsuru kavramsallaştırarak hasta rolü kavramını 1950’lerde ileri süren Parsons, hasta kimsenin rol ve sorumluluklarını ortaya koymuş ve hasta kişinin sorumluluklarından hastalığı süresince muaf olduğunu ve iyileşmek için hekimin verdiği tedaviye uyması gerektiğini ifade etmiştir.

Hastalığın sosyal bağlamı ele alındığında hastanın konumu, sorumluluklarından muaf tutulması, hastaya ilgi gösterilmesi ve diğer unsurlar göze çarpmaktadır. Hastanın etrafında olan yakınları hastaya karşı daha farklı bir yaklaşım sergilemekte, onu ziyaret etmekte ve ihtiyaçlarını gidermeye çalışmaktadır. Esasında hastalık arzu edilmeyen bir olgu gibi dursa da insanların kimi zaman gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davrandığı bilinmektedir. Gerçekten de kimileri bir hastalığı ileri sürdüğü takdirde randevuyu erteleme, okula gitmeme, işe devam etmeme gibi kazançlar elde edebilmektedir. Nitekim insanlar daha çok küçük yaşlardan itibaren toplumda hasta olmanın ne demek olduğunu öğrenmekte ve gerektiği takdirde bilinçli bir şekilde hasta olmadığı halde hasta gibi davranabilmektedir.

Bir kimsenin gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davranması ya da var olan hastalığının belirtilerini abartarak ikincil kazançlar elde etmeye çalışması temaruz olarak nitelendirilmektedir. Temaruz kavramına yönelik literatür incelendiğinde Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)’ndaki tanımların baz alındığı görülmektedir. Bu kaynaklarda (DSM-IV, 2000; DSM-V-TR, 2013) temaruz; *askeri görevden ve işten kaçma, tazminat elde etme, kovuşturmadan kaçma ya da ilaç temin etme gibi motivasyonlarla yanlış ya da aşırı derecede fiziksel veya psikolojik semptomların kasıtlı üretilmesi* şeklinde ifade edilmiştir. Bu kaynaklarda temaruz bir hastalık olarak ele alınmamakta, kasıtlı ya da bilinçli sergilenen bir davranış olarak ifade edilmektedir. Temaruz davranışı sergileyen bir kimsenin gerçekte var olmayan

bir hastalığın belirtilerini ileri sürmesi mümkün olduğu gibi aynı zamanda kendisinde var olan bir hastalığın belirtilerini beyan etmesi de muhtemeldir.

Temaruz kavramına yönelik literatür incelendiğinde oldukça fazla araştırmanın yapıldığı göze çarpmaktadır (Wessely, 2003; Vitacco ve Rogers, 2009; Singh vd., 2007; Ninivaggi, 2017; Palermo, 2004; Resnick, 2003; Resnick ve Knoll, 2018; Rogers, 1990a; Rogers, 1990b; Rogers vd., 1998; Rogers ve Bender, 2003). Bu araştırmalarda konunun daha çok hasta perspektifinden ele alındığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu çalışmalar; gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davranan bir kimsenin klinik tablosunu ortaya koymakta ve temaruza yönelik tıbbi bir bakış açısı sunmaktadır.

Temaruz, üzerinde çok daha fazla araştırma yapmayı hak eden önemli bir klinik ve yasal sorundur. Başarılı temaruz davranışı sergileyen kimseler hem hukuk sistemini hem de ruh sağlığı sistemini dolandırmakta ve nihayetinde halkın adalet sistemine olan güveni, bazı sanıkların "deliyi oynayarak" "sistemi yenebileceği" şüphesiyle sarsılmaktadır (Cornell ve Hawk, 1989: 382). Temaruz davranışı ceza mahkemelerinin işleyişini etkilemekte ve kamu güvenliği için bariz sonuçlar meydana getirmektedir. Ayrıca psikiyatri yataklarının sınırlı sayıda olduğu ve bir akıl hastasının, psikiyatri merkezine yatırılmayı acil serviste günlerce beklediği yadsınamaz gerçeklerdir. Bir bakıma temaruz, gerçekten hasta olan kimselerin bakım almasını engellemektedir (LeBourgeois, 2007). Bu açıdan temaruzun tespiti ve yönetimi; kaynak israfının önüne geçmeye, kaynakları doğru yerlere kullanmaya ve israfın önlenmesine yardımcı olacaktır.

Bir çocuğun dikkat çekmek, okula gitmemek ya da sorumluluklarından kurtulmak için hasta gibi davranması ve hatta hastalığın belirtilerini sergilemesi masum gibi görünebilir. Ancak konuya örgütsel açıdan bakıldığında insanların hastalığı ileri sürerek sorumluluklarından kaçması birtakım sonuçlar doğurabilmektedir. Yapılan literatür incelemelerinde konunun örgütsel açıdan ele alınmadığı görülmüş (Atay, 2007; Aracı, 2016; Rico, 2022) ve merak uyandıran tarafı göze çarpmıştır. Gerçekten de bir kimsenin var olmayan bir hastalığı ileri sürerek ya da var olan bir sağlık sorununu abartarak işten kaçması ve kaytarması gibi durumların söz konusu olabileceği öngörülmektedir.

Bu araştırma temaruz davranışını yöneticiler gözünden ele almaktadır. Araştırmaya dahil edilen yöneticilerin temaruz davranışına şahitlik etmiş ve çalışanları üzerinden bu süreci gözlemlemiş olması şartı aranmıştır. Araştırma iki kamu hastanesinde yürütülmüş ve bu davranışı gözlemleyerek deneyimlediğini ifade eden yöneticilerle görüşmeler yapılmıştır. Esasında hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin amacı insanları iyileştirmek ya da hastalığın kalıcı hasarlarını tedavi etmektir. Öte yandan her insan gibi sağlık çalışanlarının da gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davranma ya da var olan hastalıklarını abartması muhtemeldir. Açıkçası sağlık çalışanlarının hizmet amacının sağlık hizmeti sunmak olması ve bir noktada hastalığı ileri sürerek işle ilgili bazı rol ve sorumluluklardan kurtulması konuyu araştırmaya değer kılmaktadır. Nihai olarak bu araştırmanın amacı; sağlık çalışanlarında temaruz davranışının nasıl ve neden sergilendiğini, bunun etkilerini ve temaruza dair çözüm stratejilerini yönetsel açıdan değerlendirmektir.

Bu araştırma beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde temaruz kavramı ortaya konmuştur. İkinci bölümde temaruz kavramının toplumsal açıdan bir çerçevesi çizilmiştir. Bu bölümde ilk olarak hastalık kavramı genel açıdan ifade edilmiş ve sonrasında hastalığın toplumsal bağlamı irdelenmiştir. Temaruz kavramının toplumsal teorik arka planını izah edebilmek için *işlevselcilik yaklaşımına* değinilmiş ve devamında Talcott Parsons'ın hasta rolü kavramı üzerinden konu tartışılmıştır. Aynı zamanda normal olmayan rahatsızlık başlığı altında temaruz kavramı irdelenmiş ve son olarak temaruz-medikalizasyon ilişkisi tartışılmıştır. Yine ikinci bölümde bazı örgütsel davranış kavramları ve nihai olarak temaruzun örgütsel bağlamı ifade edilmiştir. Üçüncü bölümde araştırmanın tasarımı ve yöntemi hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Yine bu bölüm araştırmanın amacına, problemine, yöntemine, desenine, veri toplama tekniğine ilişkin bilgiler içermektedir. Araştırmanın dördüncü bölümünde elde edilen bulgular, beşinci bölümünde ise değerlendirme, sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1. BÖLÜM

TEMARUZ

Bu bölümde temaruza ilişkin bilgi verilecektir. Temaruz kavramının ne olduğu ifade edilecek, temaruzun tarihçesi, temaruzla ilgili kavramlar, temaruzun etiyolojisi, temaruzun epidemiyolojisi, temaruzun alt tipleri, temaruzla ilişkili durumlar ve temaruzun görünüşleri ve saptanması ve temaruzun değerlendirilmesi ve yönetilmesi konuları ele alınacaktır.

1.1. Temaruz Kavramı

Arapça kökenli olan temaruz (TDK, 2023) maraz (hasta olmak) kelimesinden türetilmiştir ve hasta olmadığı halde kendini hasta gibi gösterme anlamına gelmektedir (Kubbealtı Lügatı, 2022). Arapçada tefâ’ul bâbındaki mastarlarda sıkça karşılaşılan bir anlam özelliği gerçekte var olmayan bir durumu var gibi göstermektir. Tecâhül “bilmez gibi davranma”, temâruz “hasta değilken hastaymış gibi davranış sergileme”, tegâfûl “bilmezden gelme, tanımıyormuş gibi davranma” anlamına gelmektedir (Fasîh Arapça, 2023). Temaruz yabancı kaynaklarda “malingering” ile ifade edilmekte ve 18. yüzyıl sonlarındaki bir Fransız deyiimi olan “malingrer”den ortaya çıkan “malinge” terimi “acı çekmek” ya da “hasta gibi davranmak” manası taşımaktadır (Online Etymology Dictionary, 2022).

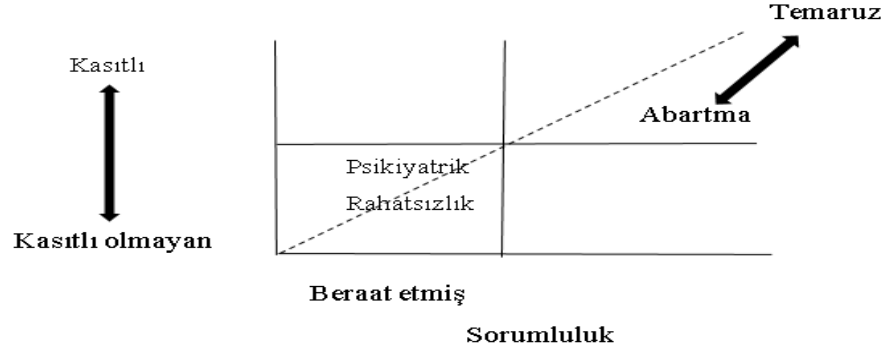
Temaruz, hastalık ya da yaralanma semptomlarının bilinçli bir şekilde hedefe varmak için kasıtlı olarak üretilmesi ya da abartılmasıdır (Dorland’s Illustrated Medical Dictionary, 2012: 1099). Yine başka bir tanıma göre temaruz bir cezai durumdan, okuldaki sorumluluklardan, askerlikten ve işteki yükümlülükten kaçmak ya da ekonomik çıkar elde etmek için ruhsal veya fiziksel bir hastalığın belirtilerini ortaya koymak yahut abartmaktır (Türkçüer vd., 2010: 38). Bir başka bağlamda temaruz, cezai kovuşturmadan kaçma, sakatlık yardımları ya da kişisel yaralanma davalarından daha fazla çıkar elde etmek için semptomların veya sorunların abartılmasıdır (Iverson, 2007: 95).

Hasta, Doktor ve Devlet adlı eserin incelemesini yapan Yakar (2021: 186) eserde temaruzun askeri hekimlerin en çok karşılaştığı mevzu olarak ortaya konduğunu ve özellikle askerlerin hastalığı bahane ederek mecburi hizmet görevinden

kaçmak istediklerini ifade etmiştir. Temaruz, Türk Silahlı Kuvvetleri Disiplin Kanunu Şerhi'nde *Hizmete Kısmi Süreli Devam Cezasını Gerektiren Disiplinsizlikler* başlığı altında ele alınmaktadır. Buradaki tanıma göre temaruz; bazı isteklerini yerine getirmek, görev ya da yükümlülüklerden kaçmak gibi amaçlarla kişinin hastalığını abartması veya var olmayan bir rahatsızlığı varmış gibi lanse etmesidir. Nitekim bir kişinin sağlık kuruluşlarına sevkini sağlayarak günlük mesainin bir kısmına katılmaması bu anlamda değerlendirilmektedir (Değirmenci ve Tanrıverdi, 2017: 263). Bu açıklamalardan yola çıkıldığında temaruz bir motivasyon aracı güdülerek yapılan bir eylem, amaca ulaşmak için hastalık gibi önemli bir olgunun kullanılması şeklinde ifade edilebilir.

Temaruz, psikiyatrik semptomları (depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, psikoz), bilişsel semptomları (hafıza kaybı, zekâ geriliği), fiziksel semptomları (ağrı) ya da bunların kombinasyonunu kapsayabilir. Belirtilerin abartılması cezai kovuşturma, medeni hukuk davaları ve mesleki malullük gibi yasal süreçler için endişe vericidir. Bu bakımdan sanık, cezadan kaçmak için zihinsel ya da bilişsel bozukluk taklidi (mesela delilik savunmasını destekleyen psikotik semptomlar) yapabilir. Bir noktada temaruz yapmanın kritik unsurları kasıtlı olması ve dışsal bir motivasyondan kaynaklanmasıdır (Pierson ve Rosenfeld, 2014: 1). Nicholson ve Martelli (2007: 380)'ye göre adli bir bağlamda değerlendirme yapılması durumunda kişinin iddia ettiği stres ya da engellilik durumu ile nesnel bulguların örtüşmemesi, değerlendirme anında iş birliği yapılmaması yahut tedaviye uyulmaması hususunda temaruzdan kuvvetle şüphelenilmesi gerekmektedir.

Temaruz düzeyleri bakımından şu şekilde incelenmektedir; ilk olarak daha şiddetli bir hastalık görünümü ortaya koymak için kişinin hastalık belirtilerini abartma, ikinci olarak alacağı cezayı azaltmak için belirtileri zarar görmeyeceği zamana kadar devam ettirme ve son olarak dışsal teşvikler nedeniyle belirtileri tamamen uydurmaktır (Conroy ve Kwartner, 2006: 30). Temaruz yapan kişinin amacı; parasal ödül, ilaç elde etme ya da endişeli bir durumdan kurtulmaktır. Kişiler, kazanç elde etmek için semptomlar üretir ve motivasyonları bilinçlidir (Di Fiorino, 2007: 86). Temaruz kavramına detaylıca değindikten sonra bu kavramın unsurlarını ele almak yerinde olacaktır.



Şekil 1. Hastanın Seçimini, Özgür İradesini ve Kasıtlılığını İçeren Hastalık Aldatma Modeli (Bass ve Halligan, 2007: 83)

Şekil 1’de görüldüğü üzere temaruz davranışı sergileyen bir kimsenin davranışı kasıtlıdır. Temaruz psikiyatrik bir rahatsızlık olarak ele alınmamakta ve bir kimsenin içerisinde bulunduğu durumu abartması halinde -kasıtlı bir biçimde- cereyan etmektedir. Nitekim kimileri sorumluluklarından kaçmak için hastalık olgusunu kullanabilmektedir.

Bütün bu açıklamalara rağmen literatürde temaruzla yönelik birtakım yaygın yanlış anlaşılmalara olduğu görülmüştür. Bunları Rogers ve Gillard (2013: 36-37) şu şekilde ifade etmiştir:

- Temaruz nadir görüldüğü için tanı koymada endişe yaşanmasına gerek yoktur.
- Temaruz küresel bir tepki tarzı olduğu için tespiti kolaydır.
- Uzmanlar Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’ndaki kriterleri baz aldıklarında temaruz davranışı sergileyenleri belirlemede etkin olacaktır.
- Tutarsız davranışlar, hasta numarası yapanların ayırt edici özelliğidir.
- Aldatıcı davranışları olan kişiler muhtemelen temaruz yapmaktadırlar.

Bahsi geçen unsurlar göz önüne alındığında bunlardan herhangi biri vardır diye bir kimsenin davranışının kesin olarak temaruz şeklinde nitelendirilmesi birtakım istenmeyen sonuçları beraberinde getirebilir. Örneğin bir kimsenin tutarsız davranışlar sergilemesi gerçekten de temaruz davranışıyla karşı karşıya olunduğunu ifade etmeyebilir. Bir bakıma direkt etiketleme yanlış anlaşılmalara neden olabileceği için genel geçer yaklaşımlardan uzak durulması önem arz etmektedir.

1.2. Temaruzun Tanı Kriterleri

Temaruz olarak ifade edilen kavram Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM) 1980’de çıkarılan üçüncü baskısında psikiyatri alanına girmiştir (Ninivaggi, 2017: 6131). Temaruz için en çok yapılan tanım bu eserde yer almakta ve bu eserin dördüncü ve beşinci revizyonunda (DSM-IV-TR, 2000: 739; DSM-V-TR, 2013: 726) temaruz; askeri görevden ve işten kaçma, tazminat elde etme, kovuşturmadan kaçma ya da ilaç temin etme gibi motivasyonlarla yanlış ya da aşırı derecede fiziksel veya psikolojik semptomların kasıtlı üretilmesi olarak ifade edilmiştir.

Beşinci revizyonda temaruz, “Diğer Psikososyal, Kişisel ve Çevresel Durumlarla İlgili Sorunlar” başlığı altında ele alınmıştır. Bu eserde temaruz bir ruhsal bozukluk şeklinde ele alınmamış, bu durum esere rutin klinik uygulamada karşılaşılabilecek sorunlara dikkat çekmek ve klinisyenlere yardımcı olmak amacıyla eklenmiştir (DSM-5-TM, 2013: 715). Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması (ICD-10)’nın son baskısında temaruz Z76.5 kodu ile listelenmektedir (World Health Organization, 1992).

Aşağıda bahsi geçen durumların herhangi bir bileşimi temaruzu düşündürmelidir (DSM-5, 2013: 727):

- Adli tıp açısından bir olay (örneğin kişinin hâkim tarafından muayeneye gönderilmiş olması veya kişiye dava açılacak veya suç yüklenmesi durumunda kendisinin bizzat başvurması),
- Bireyin yaşadığı gerginlik ve yeti kaybıyla, nesnel bulgular ve gözlemler arasında bariz bir tezatlık olması,
- Tanısal değerlendirme esnasında ve yazılan ilaçların kullanımı noktasında iş birliğini reddetme,
- Antisosyal kişilik bozukluğunun varlığı.

1.3. Temaruz İle İlgili Kavramlar

Temaruz ile ilgili olan pek çok terim ya da kavram bulunduğu için (Nicholson ve Martelli, 2007: 387) temaruzu daha iyi anlayabilmek adına bu kavramları ortaya koymak gerekmektedir. Bu açıdan ilk olarak ele alınacak olan kavram **yanıt yanlılığı** (*response bias*)dır. Yanıt yanlılığı, Lees-Haley ve diğerlerine (1996: 811) göre

hastanın bilgiyi hatırlamasındaki ya da raporlamasındaki sistematik ya da rastgele olmayan hatadır. Iverson ve Binder (2000: 831) ise klinik bir görüşmede semptomların kasıtlı şekilde abartılmasını ya da psikolojik veya nöropsikolojik testlerde kasıtlı düşük performansı, olumsuz yanıt yanlılığı olarak ifade etmiştir. Nicholson ve Martelli (2007: 388) kişinin davranışının ancak kasıtlı şekilde tazminat ya da başka bir dış teşvik elde etmek amacıyla yapılması halinde bunun temaruz olarak kabul edilebileceğini ileri sürmüşlerdir.

İkinci olarak ele alınması gereken kavram ise **numara yapmak** (feigning)tır. DeClue (2002: 718) bu kavramı, niyetin ne olduğu önemli olmaksızın psikolojik sorunları ya da semptomları abartmak ya da üretmek olarak ifade etmiştir. Başka bir tanıma göre numara yapma, kişinin kendi kişiliğini yönetimin belirli bir iş için ideal kişilik olarak gördüğü algısıyla eşleştirmeye yönelik kasıtlı girişimdir (Martin vd., 2002: 248). Nicholson ve Martelli (2007: 388)'ye göre temaruz yapan biri tazminat ya da başka bir dış teşvik almak için numara yapabilir ya da yapay bozukluğu olan birisi hasta rolünü üstlenmek amacıyla taklit yapabilir. Numara yapmak oldukça yaygın bir davranış olduğu gibi insanların numara yapmasının pek çok nedeni bulunmaktadır. Bir kişinin diğerleri ile bulunmak istemediği bir randevuyu unutmuş gibi davranması bu açıdan örnek teşkil etmektedir.

Temaruz; **yalan söyleme ve/veya sahtekarlık** ile de değerlendirilmektedir (LoPiccolo vd., 1999: 166). Bu bakımdan yalan söyleme, bireyin şahsi amaçlarına yönelik olarak kasıtlı bir biçimde gerçekleri değiştirmesi ve olduğundan farklı sunmasıdır (Yıldız ve Develi, 2018: 143). Yalanlar ev, okul ve iş yeri gibi hayatın pek çok alanından ve polis sorgusu ve mahkeme salonundaki tanıklık gibi özel durumlarda söylenir (Ekman ve O'Sullivan, 1991: 913). Sahtekarlık, bir tür kazançla sonuçlanması amacıyla hile ve aldatma ile bağlantılı çok çeşitli davranışlardır (Button vd., 2009: 6). Bu bakımdan temaruz davranışı sergileyen kimsenin çıkarları için yalana başvurduğu, sahtekârca davrandığı ve numara yaparak kendisini hasta göstermeye çalıştığı ileri sürülebilir.

Diğer bir kavram ise **sosyal istenirlik** (social desirability)tir. Furnham (1986: 385)'a göre bu kavram kasıtlı bir şekilde başkalarını kandırmayı ifade etmektedir. Nederhof (1985: 263-264) ise bu kavramı, deneysel ya da anket araştırması

bulgularının geçerliliğini etkileyen yanlışlık sebeplerinden birisi olarak ifade etmiştir. Bir gençlik çetesi üyesinin daha iyi izlenim elde etmek için gerekenden daha fazla suç kabul etmesi yasa ihlalleri açısından sosyal istenirliğe bir örnektir.

Temaruz, söz konusu olduğunda akla gelen bir diğer kavram ise **simülasyon** (simulation) dur. Cantürk (2022)'e göre pek çok hekim temaruz için simülasyon terimini kullanmaktadır. Fransızca'da kullanılan bu kavram Latince *simulare*'den gelmekte ve basit bir açıklama ile hastalığı taklit etmek olarak nitelendirilmektedir. Jean Baudrillard (2011: 13) ise bu kavramı “*Bir köken ya da bir gerçeklikten yoksun gerçeğin modeller aracılığıyla türetilmesine hipergerçek yani simülasyon denilmektedir.*” şeklinde ortaya koymaktadır. Baudrillard (2011: 15) simüle etmeyi, sahip olunmayan şeyi sahipmiş gibi yapmak olarak ele almaktadır. Bir kimsenin hasta olmamasına rağmen hastalığı taklit etmesi simülasyon değildir, bir başka ifade ile “-miş” gibi yapmak simülasyon olarak nitelendirilmemektedir. Hastaymış gibi davranan kimse yatağa uzanıp çevresindekileri inandırmaya çalışır ancak bir hastalığı simüle eden kişide bu hastalığa dair semptomlar bulunmaktadır. Bu açıdan hastalığı taklit eden kimsede aynı zamanda ileri sürdüğü hastalığa dair semptomlar olması halinde simülasyondan söz edilebilmektedir. Çünkü simülasyon gerçekle sahte arasındaki farkı yok eder ve -miş gibi yaparken belirtileri olmayan bir kimsenin hasta olmadığını tıp bilimi rahatlıkla saptayabilmektedir. Öte yandan semptom taşıyan ve hasta olduğuna dair inandırma çabası olan bir kimsenin hasta olup olmadığını anlamak kolay değildir. Böyle bir durumda adeta tıp biliminin eli kolu bağlanmakta ve hastalığın kanıtı sayılan semptomlar doğallıktan uzaklaşarak “üretilebilen” birer olguya dönüşmektedir.

Bir diğer kavram ise **dissimülasyon** (dissimulation)dur. Rogers (2018: 6)'a göre dissimülasyon, psikolojik semptomların kasıtlı çarpıtılması ya da yanlış temsillerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu tanımdan yola çıkıldığında kavramın, aslında var olan bir hastalığı gizleme ya da daha az gösterme olduğunu ifade etmek gerekmektedir. Temaruz davranışının aynı zamanda *aldatma* (deception) kavramını çağrıştırdığını ifade etmek gerekmektedir. Parker (2008: 15)'a göre aldatma; yanılsama, hile, ihanet, sahte, numara, blöf, dolandırıcılık gibi kelimelerle eş anlamlıdır. Temaruz yapan kişi ise yalan söyleyen, geçmişini çarpıtan, dürüst olmayan, manipülatif, savunmacı ya da acı çekiyormuş gibi görünmek isteyen bir hasta değildir.

Temaruz sadece belirtilerin kasıtlı uydurulması ya da abartılı semptomlar üretilmesidir (Goldwaser ve Goldwaser, 2019: 145).

Temaruz tanısı alabilmek için öne çıkan kavramlar ***birincil ve ikincil kazanç*** (primary and sencondary gain)tır. Birincil kazanç, doğrudan bir davranışı sergilemekten kaynaklanan suçluluk, kaygı, gerginlik, iç çatışmalar gibi psikolojik olmayan durumlardan anında kurtulmaktır. Şiddetli bir duygusal çatışmada yoğun kaygıyı bilinçsizce körlük ya da felç gibi semptomlara dönüştürmek bu kapsamdadır. İkincil kazanç ise bir kişinin belirli bir davranışta bulunduğu için elde ettiği dış faydalar veya avantajlardır. İkincil kazançlar temaruzun temel açıklayıcı mekanizması olmakla birlikte abartılı ya da uydurma hastalık ve yaralanma belirtilerinin üretilmesinin nedeni maddi yararlar ve avantajlar elde etmektir (Slick ve Sherman, 2012: 115; Slick ve Sherman, 2013: 58).

Son olarak ele alınacak kavram ***hastalık hastası***dır. Avcı (2007: 166)'ya göre hastalık hastası olanlar basit rahatsızlıklardan dahi kuşku duymakta ve kendisini hasta sanmaktadır. Halk arasında hastalık hastası olarak bilinmesine rağmen bu kavram Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5, 2013: 232)'nda Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu olarak yer almaktadır. Hastalık anksiyetesi bozukluğu; hastalıkla ilgili endişe, ağrıyla ilgili endişe ve bedensel meşguliyetlerle karakterizedir. Bu durumda bireylerin teşhis edilmiş tıbbi durumlara sahip olması ya da olmaması mümkündür. Bu açıklamalardan hareketle hastalık hastası ve temaruzun birbirinden ayrı kavramlar olduğunu, temaruzda ikincil kazancın önem kazandığını ancak hastalık hastası bir birey için bunun varlığından kesin olarak bahsetmenin mümkün olmadığı ileri sürülebilir.

1.4. Temaruzun Tarihçesi

Tıp alanında gerçek ile yalan arasındaki ayrımı fark etmek temaruz ve onun tespiti ile alakalı bir konudur. Akıl hastalığı; nesnel bakımdan doğrulanması güç olduğu için temaruz çok eski dönemlerden beri kullanılan bir yöntemdir (Lipian ve Mills, 2000: 3909-3910). İnsanların görevden kaçmak ya da kazanç elde etmek için hasta veya sakat numarası yapması fikri antik çağlardan bu yana var olan bir durumdur. Yunanlılar, askeri hizmetten kaçmak için temaruza başvurmayı bir sahtecilik olarak görmüş ve bu suça ölüm cezası vermiştir. Daha sonrasında bu ceza üç gün boyunca

kadın kıyafetiyle halkın gözü önünde olma şeklinde hafifletilmiştir. Ayrıca Galen'in ikinci yüzyılda yazdığı *Sahte Hastalıklar ve Tespiti Üzerine* adlı eserinde askerlik şartlarını sağlamamak için kendi parmaklarını kesen Romalı askerler anlatılmaktadır (Davis ve Weiss, 2016: 752). Yine bu bağlamda Yunan yazarlar, Truva Savaşı'na katılmamak için deli gibi görünen Odysseus'un tarlaya tohum yerine tuz ektiğinin öyküsünü anlatmaktadır (Harris, 2000: 12).

Temaruzla baş edebilmek adına geliştirilen yöntemler de tarihsel açıdan önem arz etmektedir. Brittain (1966: 72)'e göre; 12. yüzyılda Kudüs Krallığı'ndaki kanunlar, hastalığı ileri sürenleri mahkeme huzuruna çağrıldıklarında tıbbi muayeneden geçirmeyi içermekteydi. Ardıç (2018: 4) Rönesans döneminden sonra değişen tıpla birlikte temaruzu ele alan yazılı kaynakların artış gösterdiğini ve Milan'da 1595 yılında Giambattista Silvatico tarafından yazılan *Yapmacık Hastalar Üstüne Bilimsel İnceleme* (De Iis Qui Morborum Simulant Deprehensis) adlı eserin bu anlamda önemli olduğunu ifade etmiştir. Aynı şekilde Fielding Hudson Garrison'a ait olan *Tıbbın Tarihi* adlı eserde Jacques Callot (1592 -1635) tarafından yapılan oymalarda temaruzun safhalarının betimlendiği izah edilmiştir.

Osmanlı arşivlerinde yalan söylendiğine dair ibare olan asker ve devlet adamlarına doğruyu söylemeleri için birtakım testler uygulanmış ve hekimbaşının yapmış olduğu çeşitli görüşmeleri konu alan kayıtlar bulunmuştur. Kanûnî Sultan Süleyman zamanında bir yeniçeri rüşvet almasından ötürü kadı huzuruna çıktığında akıl hastası gibi görünmek için mintanının içerisine civciv doldurmuş, kadının sorularının hiçbirine cevap vermeyip başını kaşıyan yeniçeri yanındakilere sürekli tükürmüştür. Kadı onun haline inanmadığı için falaka cezası verdiğinde rol yapmaktan vazgeçmiştir (Cantürk, 2022). Esasında hasta numara yapmanın çok eski zamanlardan bu yana var olan bir davranış olduğu ve buna yönelik tespit etme girişimlerinin de olduğu görülmektedir.

Temaruz terimi resmi olarak 1785'te *Groves Dictionary of the Vulgar Tongue* adlı eserde tanıtılmıştır. Yine 17. yüzyılda temaruz, tıp hukuku yazarları tarafından ilgilenilen bir konu olmuştur. Bu anlamda ön plana çıkan eserlerden biri 1621 yılında Zacchia Pauli'nin tarafından yazılan *Qvaestiones MedicoLegales*'dir (Mendelson ve Mendelson, 2004: 424). Palmer (2003: 42) ise temaruz teriminin ordudan geldiğini

ileri sürmüş ve tüm ulusların askerlerinin çok eski zamanlardan bu yana temaruza ve riyakârlığa düşkün olduğunu belirtmiştir. Temaruz; grup uyumu, disiplin, etik ve askeri kültürü baltalama potansiyeli olan bir kavram olduğu için günümüzde dahi askeri komutanların kafasında yer edinmektedir.

Birinci Dünya Savaşı, temaruzun profesyonelleşmesine yeni bir boyut getirmiştir (Wessely, 2003: 35). 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra işçi tazminat kanunlarının ortaya çıkması ve 20. yüzyılda yaralanma davalarının artmasıyla bu konuya olan ilgi artmıştır (Mendelson ve Mendelson, 2004: 424). Yine I. Dünya Savaşı'ndan sonra başlayan ve demiryolu omurgası (railway spine) olarak adlandırılan sırt ağrısından kaynaklı başvuruların doğrudan artışı dikkat çekmiştir (Wessely, 2003: 38). Bu dönemde demiryolu omurgası terimi fiziksel ve duygusal semptomlarla şikâyetle bulunan ancak objektif olarak ortaya konabilen organik yaralanmalarla açıklanamayan kişilerin teşhisinde kullanılmıştır (Mendelson, 2003: 221).

Temaruza olan bakış açısı bu olgunun bir hastalık olarak tanımlanıp tanımlanmaması bağlamında tartışılmış ve bu açıdan patojenik model kavramı gün yüzüne çıkmıştır. Patojenik model (Vitacco ve Rogers, 2009: 257) temaruzun altında yatan nedeni açıklamada kullanılan ilk model olmuş, modelde temaruz hastalık olarak ele alınmış ve daha sonra yaşanan gelişmeler bu modelin vakaların çok azını anlamada yeterli olduğunu göstermiştir. Bu modele getirilen eleştiriler açısından Wertham (1949; Akt. Resnick, 1999: 159)'ın konuya bakış açısı önem arz etmektedir. Akli başında bir insanın hayatını elektrikli sandalyede kaybetme ihtimalinde her şeyi göze alabileceği örneği üzerinden konuyu açıklamıştır. Psikiyatrlar arasında bile, bir adam deli taklidi yapıyorsa, her şeyden önce onda zihinsel bir sorun olması gerektiğine dair tuhaf, tamamen asılsız bir batıl inanç olduğunu ilave etmiştir.

Patojenik modele getirilen bu eleştiriler neticesinde temaruzu açıklamak için kriminolojik ve adaptasyonel model geliştirilmiştir. Kriminolojik modelde, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'ndaki temaruz teşhisi için kullanılacak kriterler önem kazanmaktadır. Adaptasyonel modele göre ise kişi çevreyi düşmanca ve riskli olarak gördüğünde bu koşulları bertaraf edebilmek için temaruz davranışı sergilemektedir. Sonuç olarak temaruz günümüzde varlığı kabul edilen ve pek çok araştırmacının merak ettiği bir konu olmaya devam etmektedir.

1.5. Temaruzun Etiyolojisi

Temaruzun etiyolojisini açıklamada kullanılan 3 model bulunmaktadır. Rogers (1990a)'a göre bunlar patojenik, kriminolojik ve adaptasyonel modeldir.

1.5.1. Patojenik Model

Bu modele göre temaruzun altında yatan neden kronik ve ilerleyici bir zihinsel bozukluktur (Rogers ve Bender, 2003: 111). Birçok yazar, özellikle psikanalitik etkinin zirvede olduğu zamanlarda, temaruzu bir tür akıl hastalığı olarak ele almıştır (Resnick, 1999: 159) ancak daha sonrasında bu model yetersiz bulunmuştur. Bir kimsenin dava sona erdikten sonra semptomlarının mucizevi bir şekilde ortadan kalkması patojenik modelin eleştirilen yanıdır (LoPiccolo vd., 1999: 168).

"Kısmi temaruz" olarak da bilinen patojenik model, bir hastanın eşzamanlı olarak ortaya çıkan bir fiziksel hastalık veya diğer psikiyatrik bozukluk deneyimini kontrol etme çabasıyla önceden var olan semptomları abartmasını içermektedir (Marasa, 2018: 7). Öyle ki temaruzdan söz edilebilmesi bireyin menfaati için bir hastalığı taklit etmesi yahut kendisinde var olan bir rahatsızlığın belirtilerini olduğundan daha fazla gibi göstermesi yeterlidir (Giyik, 2020: 48).

1.5.2. Kriminolojik Model

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda yer alan sınıflandırmalar temaruzu açıklamak için kriminolojik modeli benimsemiştir. Böyle bir anlayışın nedeniyse temaruzun antisosyal kişilik bozukluğuna atıf yaparak açıklanmasıdır (Rogers, 2018: 10). Bu model; antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olanların adli bir değerlendirmeye karşılaştıklarında temaruz yapma ihtimallerine dayanmakta (Rogers vd., 1998: 354), temaruz davranışı sergileyen kişinin kötü olduğunu varsaymakta ve temaruzdan şüphelenilmesi halinde DSM kriterlerine bakılması gerektiğini ortaya koymaktadır (McDermott ve Feldman, 2007: 647).

1.5.3. Adaptasyonel Model

Adaptasyonel modele göre temaruz düşmanca koşullara bir uyumu temsil etmektedir. Temaruz yapanlar çevreyi "düşmanca" ve "riskli" olarak görmektedir (Rogers, 1990b: 327). Bu modele göre temaruz, uyum sağlama girişimidir ve yanı sıra temaruz yapan tarafından düşmanca bir durumun başarılı bir şekilde müzakere edilmesini üst düzeye çıkarmak için en avantajlı seçim arayışıdır (LoPiccolo vd., 1999:

169). Düşmanca bir ortamla karşı karşıya kalındığında arzulanan bir amaca ulaşmak için bir akıl hastalığı uydurma (Rogers vd., 1998: 354) bu modelde öne çıkmaktadır.

Temaruzu açıklamada kullanılan modeller Tablo 1’de gösterilmiştir (Vitacco ve Rogers, 2009: 258):

Tablo 1. Temaruzu Açıklayıcı Modeller

Model	Tanım	Olumsuz Yönleri	Olumlu Yönleri
Patojenik	Temaruzun altında yatan neden psikopatolojidir.	Daha sonra ortaya çıkan modeller bu modelin gözden düşmesine sebebiyet vermiştir.	Temaruzun açıklanmasında az sayıda vakada hâlâ kullanılmaktadır.
Kriminolojik	Temaruz antisosyal kişilik bozukluğundan ileri gelmektedir.	Karşı aktarıma ve çok sayıda yanlış pozitif tanıya neden olabilmektedir.	Temaruz yapanın amacı, personeli yıldırma ya da bazı ilaçları elde etmek ise uygulanabilmektedir.
Adaptasyonel	Temaruzu zor bir durumda normatif bir tepki olarak görmektedir.	Hasta taklidi yapan kimsenin güdülerinin yanlış yorumlanması ihtimali düşüktür.	DeneySELLİĞE sahiptir .

Nihai olarak patojenik model, temaruzun altında yatan nedeni bir akıl hastalığına dayandırması gerekçesiyle eleştirilmektedir. Kriminolojik model ise numara yapmayı antisosyal kişilik bozukluğu bağlamında incelediğinden adli tıp ortamı için kullanışlı bir yapıya sahiptir. Son olarak adaptasyonel model temaruz yapan kimsenin maliyet-fayda analizi yaptığını varsaymaktadır. Bir bağlamda numara yapan kişi, fayda ve riskleri tartmış ve “hasta olmanın” istediği unsurları sağlayabileceği noktasında karar vermiştir (Garriga, 2007).

1.6. Temaruzun Epidemiyolojisi

Temaruz teşhisi konmasında hâlâ pek çok klinisyen zorluk yaşamaktadır. Klinisyenler, acil servislerde ve genel psikiyatri servislerinde düzenli bir şekilde temaruz semptomları ile karşılaşmalarına rağmen dava geçirme korkusu ya da hastayı damgalamamak adına tanı koymakta isteksiz davranmaktadırlar (Adetunji vd., 2006: 68). Herhangi bir genetik model belirlenmemiş olmasına ve cinsiyet veya yaş bakımından bir kriter konmamasına rağmen temaruz olgusu orduda, cezaevlerinde, kendisine dava açılmış kişilerde ve Batı toplumlarında genç ve orta yaşlı erkeklerde yüksek prevalansa sahiptir (Lipian ve Mills, 2000: 3914). Bu nedenle temaruz, araştırmacıların üzerinde durduğu bir konu olmaya devam etmektedir. Frueh ve diğerleri (2005) geçmişe yönelik arşiv kayıtlarını tarayarak yürüttükleri

çalışmalarında 100 vakayı incelemiş ve bu kişilerden Travma Sonrası Stress Bozukluğu (TSSB) tanısı alıp tedavi görenlerin bir kısmının Vietnam'da hiç bulunmadığı ve savaşta görev almadıklarını saptamışlardır.

Acil serviste yürütülen bir çalışmada değerlendirilen 227 hastanın %58'inde temaruz şüphesi olmadığı ancak %6'sında kesinlikle temaruz olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yates vd., 1996: 999). Bir askeri hastanede yürütülen başka bir çalışmada 98 hafıza bozukluğu vakasının 41'inin taklit olduğu ve gerçek semptomları olan 13 vakanın belirtileri abarttığı tespit edilmiştir (Fjeld, 1986: 112). Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre kişisel yaralanmaların %29'u, sakatlıkların %30'u, adli vakaların %19'u ve tıbbi vakaların %8'i muhtemel temaruz olarak değerlendirilmiştir. Hafif kafa travması, fibromiyalji ve kronik ağrı ile gelen hastaların temaruza ilişkin tanısız izlenimler verdikleri ortaya konmuştur (Mittenberg vd., 2002: 1094). Yine yürütülen başka bir çalışmada 166 hastanın 70'inin ikincil kazanç beklentisi içerisinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Van Egmond ve Kummeling, 2002: 46).

Norris ve May (1998: 322) yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi daha düşük olan ve daha genç bireylerin temaruza daha eğilimli oldukları sonucuna ulaşmıştır. Chafetz ve Underhill (2013: 633)'in çalışmasına göre engellilik durumunun taklit edilmesindeki oranlar %45.8 ile %59.7 arasında değişmektedir. Kronik ağrılı hastalardaki temaruz prevalansı %20 ile %50 arasında saptanmıştır (Greve vd., 2009: 1117). Başka bir açıdan temaruzun adli bağlamda yaygınlığına ilişkin tahminler %8 ile %21 arasında değişmektedir (McDermott vd., 2013: 287).

1.7. Temaruzun Alt Tipleri

Temaruzun alt tiplerini yazarlar farklı şekilde ele almıştır. Resnick (2003: 189) tarafından ortaya atılan ayırmda *tam temaruz*, hastalık olmamasına rağmen hastalığı taklit etme; *kısmi temaruz*, mevcut semptomları bilinçli şekilde abartma ya da önceden var olan belirtilerin hâlâ var olduğunun iddia etme ve *yanlış itham*, bilinçli bir şekilde gerçekte var olan belirtileri ilgisi olmayan bir sebeple bağlantılı halde sunmaktır. Bunlara ilave olarak Atalay-Saka (2018: 9)'ya göre temaruzun alt tipleri arasında *yanlış atıf da* yer almaktadır. Yanlış atıf, gerçek semptomları yanlışlıkla onlara yol açtığına inanılan bir nedene atfetmektir. Bu tür bir yanlış atıfta, genel olarak gerçeklik

testlerine bilinçsiz müdahale edilmesi söz konusudur. Yanlış atıf bilinçli bir şekilde arttırıldığı takdirde temaruz meydana gelir.

Lipian ve Mills (2000: 3912-3913)'in ortaya koydukları sınıflama şu şekildedir;

Simülasyon: Var olmayan belirtilerin varmış gibi gösterilmesi veya var olan semptomların maksatlı bir şekilde abartılmasıdır. “Pozitif temaruz” veya “kötü aldatma” diye de ifade edilmektedir.

Dissimülasyon: Hastanın semptomlarını saklaması veya olduğundan azmış gibi göstermesidir. “Negatif temaruz” veya “iyi aldatma” da denmektedir.

Sahnelenmiş olaylar: Bireyin kazanç elde etmek için gerçek bir kazayı kurgulayıp olayın gerçekleşmesidir.

Veri tahrifatı: Bireyin çıkarları için laboratuvar örneklerindeki gerçekliği değiştirmesi veya tıbbi kayıtları silmesidir.

Fırsatçı temaruz: Daha evvel mevcut olan veya doğal olarak oluşmuş bir olayı çıkarı için kullanmaktır.

Belirti icadı: Belirtilerin bir bozukluk veya engellilik ile alakası olmamasına rağmen kasıtlı olarak bundan şikâyetçi olmaktır.

Nihai olarak Feldman (2004: 20-21) ise konuyu şu kapsamda ele almıştır; 1) *abartma*, oldukça etkili migren ağrısı olduğunu iddia eden ancak gerçekte sadece hafif baş ağrısı olan hasta; 2) *yanlış rapor etme*, şiddetli ağrısı olduğunu ileri sürmesine rağmen hastanın hiçbir şeyinin olmaması; 3) *belirtilerle oynama*, bir laboratuvar raporunu değiştiren, termometreyi manipüle eden ya da anormalliklerin oluşması için idrar örneğini bozan hasta; 4) *simülasyonlar*, örneğin bir beyin tümörünün semptomlarını taklit etmek gibi; 5) *dissimülasyonlar*, hastanın var olan belirtileri saklaması; 6) *ağırlaştırma*, ani bir düşüşten kaynaklanan bir yırtılmaya kir sürmek gibi; 7) *kendiliğinden oluşan belirtiler*, kendine bakteri enjekte ettikten sonra enfeksiyon sonucunda ateş ve ağrıdan şikayet eden hasta.

1.8. Temaruz İle İlişkili Durumlar

Bu başlık altında temaruz ile ilişkili durumlar ortaya konacaktır. Yapay bozukluk, konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, yeme bozuklukları, alkol

ve madde kullanım bozuklukları, parafili bozuklukları ve cinsel istismar, kişilik bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu, kurgusal yalan ve temaruz ile ilişkili diğer durumlar şeklinde ele alınacaktır.

1.8.1. Yapay Bozukluk

Klinik uygulama açısından en zorlu olgulardan biri yapay bozukluklardır. Fiziksel ya da psikolojik belirti ve semptomların simülasyonu, abartılması, şiddetlenmesi, uyarılması yolu ile hasta rolü elde etme çabalarıdır. Yapay bozukluk, kişilerin tıbbi belirti ya da semptomları ifade ettiği ya da güçlendirdiği bir “anormal hastalık davranışı” şeklinde kavramsallaşmaktadır (Feldman ve Ford, 2000: 3156).

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısında “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” bölümünde ele alınan yapay bozukluk kendine ve başkasına yüklenen yapay bozukluk diye ayrılmıştır. Kendine yüklenen yapay bozuklukta ruhsal uydurmaca semptomlar üretme ya da yaralanmaya sebebiyet veren bir tutum öne çıkmaktadır. Diğerinde ise bir başkasında yanıltıcı, ruhsal veya bedensel uydurmaca belirtiler ortaya atma ya da hastalığa neden olma durumu göze çarpmaktadır (APA, 2013: 324-325). Kendine yüklenen yapay bozukluk, yapay bozukluğun en sık karşılaşılan şekli olduğu gibi literatürde *Munchasen Sendromu* olarak adlandırılmaktadır. Bu sendrom bir kişinin numaradan hasta gibi davrandığı veya kendini hasta ettiği (mesela zehirli bir madde kullanarak) bir durumdur. Bu davranışı sergilemedeki asıl amaç hasta rolünü üstlenmek ve bu sayede başkalarından ilgi görüp destek almaktır. Bahsi geçen bu kazançlar görünüşte inandırıcı olan belirtilerin kasıtlı bir şekilde üretilmesi sayesinde elde edilmektedir (Nevid vd., 2020: 227).

Cumurcu ve diğerlerinin (2005) bir yapay bozukluk olgusunu inceledikleri çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre hasta pek çok semptomu olduğunu ileri sürse de bunlara yönelik yapılan tanı ve testler normal bulunmuştur. Nitekim hastanın aynı belirtiler ile bir sürü hekim gezerek hastaneye yatma konusundaki ısrarları ve hastanın yüzünde, bacaklarında ve ellerinde ortaya çıktığını iddia ettiği renk değişikliklerinin yıkama veya ıslak pamukla silinmesi halinde geçmesi yapay bozukluk noktasında ipucu vermiştir. Bu açıklamalardan sonra yapay bozukluk ve temaruz arasındaki ayrıma değinmek gereklidir. Yapay bozukluğun altında yatan

motivasyonun içsel olduğu ve dikkat çekmek ya da yalnızlığı azaltmak gibi psikolojik dürtülerden ileri geldiği bilinmektedir. Aksine temaruz dışsal bir motivasyondan (para kazanmak gibi) beslendiği için yapay bozukluktan ayrılmaktadır (Bass ve Wade, 2019: 96). Yapay bozukluk davranışı, hasta rolü üstlenmek için bilinçsiz bir ihtiyaç tarafından motive edilirken temaruz davranışı bilinçli bir şekilde ikincil kazanç elde etmek için sergilenmektedir. Bundan dolayı Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-IV) dördüncü revizyonunda yapay bozukluk psikiyatrik bozukluk olarak listelenirken temaruz bir akıl hastalığına bağlanamayan durum olarak ifade edilmiştir (McCullumsmith ve Ford, 2011: 621).

1.8.2. Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon bozukluğu, psikolojik bir stres etken ya da çatışmadan ileri geldiği düşünülen fiziksel bir bozukluğu akla getiren fiziksel işlevsellikteki bir kayıp yahut değişikliktir (Ruddy ve House, 2005: 1). Nitekim konversiyon bozukluğu bilinen herhangi bir nörolojik veya tıbbi bir bozukluk ile ortaya konamamaktadır (Yaluğ vd., 2007: 458). Başka bir açıdan konversiyon bozukluğu, bilinen tıbbi şartlar ya da hastalıklar ile açıklanamayan fiziksel semptomlar yahut motor veya duygusal işlevlerde bozulmadır (Nevid vd., 2020: 244).

Konversiyon bozukluğunun stres ya da bir tür iç çatışmadan kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Freud'un histeri kavramı bu bakımdan önem kazanmakta ve histeri, bir kişinin bastırılmış cinsel arzularına yönelik hissettiği bilinçsiz çatışmanın bir sonucu olarak görülmektedir. Freud'e göre bastırılmış bu duygular bilinçsiz bir şekilde bedensel bir rahatsızlığa dönüşmekte ve bu sayede kişi içinde olduğu çatışma durumundan kurtulmaktadır. Öyle ki bu olgu bilinçli gelişmediği gibi birey fiziksel belirtilerin nedenini ya da anlamını idrak edememektedir (Hooley vd., 2017: 303). Bozkurt-Zincir ve diğerlerinin (2012) yapmış oldukları çalışmada inceledikleri olgu yürümede zorluk yaşama, yemek yiyememe, karamsarlık, çabuk sinirlenme ve iştahsızlık şikâyetleri ile hastaneye başvurmuştur. Hasta iki yıl önce sağa sola yalpalayarak yürümeye başladığını ifade etmiş, son 6 aydır ise yardımsız bir şekilde yürüyememeye başlamıştır. Yapılan tetkikler neticesinde patolojik herhangi bir bulguya rastlanmamış, dört ayaklı yürüteç ile yaşamını devam ettiren hastayla yapılan klinik görüşmelerdeki yürütecisi bırakma telkinleri işe yaramış ve hasta tek başına yürümeye başlamıştır. Ancak daha sonrasında tekrar kendisi yürürken düştüğü için

yürüteç ile yürümek istediğini söylemiş ve yapılan sabah viziti esnasında hastanın yataktan kalkamadığı için yatağına idrarını yaptığı görülmüştür. Nihai olarak temaruz ve konversiyon bozukluğu arasındaki ayrımı ifade etmek yerinde olacaktır. Galli ve diğerlerine (2018: 72) göre konversiyon bozukluğunda hastanın nörolojik semptomları üretme gibi bir girişimi yoktur, ancak temaruzda bazı teşviklerle hastalık belirtilerinin kasıtlı bir şekilde üretilmesi söz konusudur.

1.8.3. Somatizasyon (Bedensel Belirti) Bozukluğu

Somatizasyon zihin-beden ilişkisinin bir arada olduğu bir kavramdır (Çetin ve Sözeri-Varma, 2021: 790). Bedensel belirti bozukluğu tanısında DSM-5 (APA, 2013: 311)'in ortaya koyduğu standartlar önem arz etmektedir:

- a. Günlük yaşamın önemli bir biçimde bozulmasına sebep olan bir yahut daha fazla somatik semptom.
- b. Aşağıda bahsi geçen belirtilerden en az biri ile kendini gösteren somatik belirtiler yahut ilintili sağlık sorunları ile ilgili aşırı düşünceler, davranışlar ya da duygular:
 1. Kişinin var olan belirtileri ciddiyeti noktasında orantısız ve sürekli düşünceler,
 2. Sağlık ya da belirtilerle ilişkili olarak sürekli yüksek düzeyde kaygı,
 3. Bu belirtiler ya da sağlık sorunlarına aşırı şekilde zaman ve enerji harcanması,
 4. Somatik belirtiler sürekli olmasa da belirtilerin görülme durumu kalıcıdır.

Bedensel belirti bozukluğunu daha iyi ifade edebilmek için Richard'ın hikâyesi yol gösterici olabilir. Nitekim Richard, pek çok somatik şikâyeti olan 46 yaşında bir yazılım mühendisidir. Lisedeyken baş ve göğüs ağrısı ile başlayan şikâyetleri zaman geçtikçe vücudunun her yerinde sırt ağrısı, karın ağrısı ve rahatsızlık, eklem ağrısı, baş dönmesi hissiyatı ve yorgunluk hali gibi geniş bir yelpazede seyretmiştir. Son 20 senede oldukça fazla hekime muayene olsa da sorunları için tıbbi açıklama bulunamamıştır. Richard'a göre sürekli olarak bir şeyler gözden kaçtığı için bu şekilde bir sonuç meydana gelmiştir. Bu nedenle o, çeşitli sağlık haber bültenlerine abone olup semptomların muhtemel nedenleri hakkında bilgi edinmeye çalışmıştır. Şu anki

hekimini onun sık sık ziyaretlerinden rahatsız olsa da Richard sağılığı için sürekli endişe duymaktadır (Hooley vd., 2017: 294). Nihayetinde bedensel belirti bozukluğu ve temaruz birbirinden ayrı durumlardır. Bedensel belirti bozukluğunda kişinin iler sürdüğü semptomlar tanımlanmasa bile sürekli bir şekilde var olduğunu beyan etme ve hekime gitmeye devam etme durumu hâkimken temaruzda kişiler birtakım ikincil kazançların kesilmesi halinde hasta numarası yapılmaktan vazgeçebilmektedir.

1.8.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, fiziksel sağılığı ya da psikososyal işlevselliği bozan vücut ağırlığıyla ilgili aşırı endişeli durumlardır (Balasundaram ve Santhanam, 2022). Yanı sıra yeme bozuklukları psikolojik sağılığı oldukça etkilemektedir (Park ve Bell, 2008: 393). Yeme bozuklukları, DSM-5 kriterlerine göre pika, kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, ruminasyon bozukluğu, anoreksiya nervoza, blumiya nervoza ve tikanırcasına yeme bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır (APA, 2013: 329).

Anoreksiya nervoza ve blumiya nervoza tıbbi komplikasyonların yaygın olduğu psikiyatrik rahatsızlıklardır (Mitchell ve Crow, 2006: 441). Bu anlamda Karen Carpenters'in hikâyesi dikkat çekmektedir. Richard ve Karen Carpenter kardeşler 1970'lerde oldukça popüler parçalara imza atmıştır. Karen, dış görünüşüne önem veren biri olmasının yanı sıra sahnede yer aldığı için bir süre sonra zayıf olmayı takıntı haline getirmiştir. Bu takıntılı hal bir süre sonra onu farklı bir boyuta evirmiş ve Karen normal kiloda olmasına rağmen sürekli diyet yapmaya başlamıştır. Bu dönemlerde annesinin ona olan ilgisinin arttığını fark eden Karen belki de şimdiye kadar görmediği ilgiyi bu sayede elde etmiştir (Schmidt, 2010). Kaya ve diğerlerinin (2003: 57-58) anoreksiya nervoza tanısı konmuş iki kız kardeşi (P ve E) inceledikleri araştırmalarının sonuçlarına göre P'nin hastaneden çıkana değin yemek yer gibi yaptığı ancak çıkınca yemeyi bıraktığı görülmüştür. E, zayıf olmasına karşın kendisini sağılıklı hissettiğini ve tedaviye ihtiyacı olmadığını düşünmektedir. P'nin yemek yemediği süreçte ailesinden gördüğü ilgiyi fark eden E, ailesinden ilgi görmek için yemek yemediğini ifade etmiştir. Bu olgular değerlendirildiğinde E'nin tedaviyi reddetme tutumu dissimülasyon olarak yorumlansa da elde etmek istediği kazançlar içsel motivasyon (ilgi görme) kaynaklı olduğu için temaruzdan ayrılmaktadır.

1.8.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanımı, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda madde kullanım bozuklukları ve madde kaynaklı bozuklar olarak ikiye ayrılmıştır (APA, 2013: 481). Madde kaynaklı bozukluklar, doğrudan psikoaktif maddelerin tetiklediği anormal davranışlar kalıplardır. Madde kullanım bozuklukları ise mühim bir bireysel sıkıntı veya işlev bozukluğu ile neticelenen, psikoaktif bir maddenin uyumsuz bir şekilde kullanımıdır. Madde kullanım bozukluğu terimini genel bir tanılama sınıflandırması olarak düşünmek gerekmektedir. Mesela kişide alkolün problemli kullanımı söz konusu ise klinisyen bu durumu alkol kullanım bozukluğu olarak ifade etmelidir (Nevid vd., 2020: 298-299). Madde kullanım bozukluklarının kimi zaman temaruz gibi algılanmasının nedeni hastanın muayene esnasında madde kullanmadığını ya da daha az kullandığını ifade etmesinden ileri gelmektedir. Nihayetinde bu durum bir dissimülasyona işaret etmekte ve madde kullanımının olduğundan daha az gösterilmesi ile temaruzdan ayrılmaktadır.

1.8.6. Parafili Bozuklukları ve Cinsel İstismar

DSM-5 (APA, 2013: 685)'e göre parafili (cinsel sapkınlık) bozukluklar başlığında, röntengenci bozukluğu (özel faaliyetlerde başkalarını gözetleme), teşhircilik bozukluğu (cinsel organını açığa çıkarma), sürtünmecilik bozukluğu (rızası olmayan birine dokunma ya da sürtünme), cinsel özerklik (mazoşizm) bozukluğu, cinsel elezerlik (sadizm) bozukluğu, pedofili bozukluğu, fetişist bozukluğu ve karşıgiyim (travesti) bozukluğu yer almaktadır. Cinsel suçlarda kişilerin baskın özellikleri sıklıkla savunma, yalan ve minimizasyondur (Vitacco, 2018: 90). Bu kişilerin içerisinde bulundukları durum düşünüldüğü takdirde bu durumdan kaçmak ya da kendi durumunu haklı göstermek için yalana başvurma veya olan durumu daha az gösterme gibi davranışlar sergilediği için bu tarz olguları temaruzdan ayırmak gerekmektedir. Yine bu noktada temaruz davranışının ikincil kazançlar nedeniyle ortaya konması ayırım ayabilmek adına kıymetli görünmektedir.

1.8.7. Kişilik Bozuklukları ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozuklukları uyumsuz düşünce ve davranış kalıplarıdır. Genel olarak kişilik bozukluklarının en problemli yanı başkalarıyla ilişkiler bağlamındadır. Bu kriterleri karşılayan pek çok insan kendisini sorunların kaynağı olarak görmek yerine diğer insanlar üzerinden bunları dışsallaştırma özelliğine sahiptir (Pai vd., 2008: 355).

Psikopatik bireyler sosyal anlamda uyumsuz ve sosyal ilişkilerini devam ettirmede sorun yaşar (Fayganoğlu, 2021: 18). Psikopatların genel özellikleri acımasız, duyarsız ve agresif davranışlar sergileme, insan ilişkilerinde yüzeysel ve bencil olmaktır (Özsoy ve Ardiç, 2017: 396).

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda kişilik bozuklukları üç kümede tanımlanmıştır. İlk olarak "A kümesi" tuhaf ya da acayip olarak değerlendirilen insanları nitelemekte ve bu kümede paranoid, şizoptal ve şizoid kişilik bozuklukları bulunmaktadır. İkinci olarak "B kümesi" aşırı şekilde dramatik, değişken ya da duygusal davranışları olan insanları kapsamakta ve antisosyal, sınır, historik ve narsistik kişilik bozuklukları bu kapsamda değerlendirilmektedir. Son olarak "C kümesi" genel olarak kaygılı ya da korkulu görülen insanları ifade etmekte ve kaçınan, obsesif-kompulsif ve bağımlı kişilik bozuklukları bu kümede yer almaktadır (APA, 2013: 646).

Antisosyal kişilik bozukluğu, başkalarının haklarını görmezden gelme ve onları yok sayma ile örüntülüdür (Mulay ve Cain, 2020: 9). Tunç (2019) çalışmasında bir antisosyal kişilik bozukluğu olgusunu incelemiş ve olgunun hırsızlık, yalan söyleme, yâdsıma, öfke ve evden kaçma gibi sorunları olduğunu saptamıştır. Bu kimsenin, 6 yaşından itibaren akrabalarının cebinden para çaldığı, yine yakın bir zamanda teyzesinin ve babasının dükkânından yüklü miktarda para çaldığı ve bu parayı erkek arkadaşı ile tatilde yediği, çalıştığı dükkânda para çalarken yakalandığı zaman "parayı bozuyordum" gibi bir ifade kullandığı görülmüştür. Yakınlarından biri bu olguyu tanımlarken "*Ağlar, sızlar, tepinir, duygu sömürüsü yapar, kesinlikle yadsır, kapıları çarpıp camları kırar. İnanırsınız ve suçladığınız için vicdan azabı duyarsınız.*" ifadelerini kullanmıştır.

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı kriterlerine göre antisosyal kişilik bozukluğunun varlığının temaruzu düşündürmesi gerekmektedir. Buna karşın son zamanlarda araştırmacılar psikopatinin temaruz göstergesi olarak düşünülmesinden endişe duymaktadır (Salekin vd., 2018: 480). Aynı şekilde yapılan araştırmalarda temaruz ile psikopati arasında bir bağlantı olmadığı ifade edilmiştir (Vitacco, 2018: 91).

1.8.8. Temaruz ile İlişkili Diğer Durumlar

Hekimleri aldatıcı davranışlar olarak; *hatalı bellek sendromu* ve *ebeveyn yabancılaştırma sendromu*ndan bahsetmek gerekmektedir (Varlık-Tokgözoğlu, 2017: 11). Hatalı bellek sendromu, ilk olarak 1922’de aynı adı taşıyan (Hatalı Bellek Sendromu Vakfı) bir kuruluş tarafından ortaya konmuştur (False Memory Syndrome Foundation, 2022). Bu sendrom, bir kişinin gerçekte olmamış bir durumu anımsaması ve buna inanmasıdır. Bu kişiler erken yaşlarda duygusal ya da fiziksel (mesela cinsel) bir travma yaşadıklarına dair hatalı bir inanca sahiptir (Sadock ve Sadock, 2000: 1498).

Çocuğun bir ebeveyn tarafından diğerine karşı bilinçli bir biçimde yabancılaştırılması durumu velayet davalarında sıklıkla görülmektedir. Yabancılaştırmanın en somut göstergesi çocuk tarafından diğer ebeveyne yöneltilen haksız iftiraların varlığıdır. Öyle ki bu süreçte bir ebeveyn hedefte olan ebeveyne karşı çocuğun beynini yıkamaktadır. Birçok araştırmacı bu durumu ebeveyn yabancılaştırma sendromu olarak kavramsallaştırmaktadır (Torun, 2011: 466). Ebeveyn yabancılaştırma sendromu DSM-5 kapsamında yer almamaktadır (APA, 2013). Sonuç olarak temaruz; hatalı bellek sendromundan davranışın bilinçli bir şekilde yapılması, ebeveyn yabancılaştırma sendromundan ise bir diğer kişiyi manipüle etme isteği nedeniyle ayrılmaktadır.

1.9. Temaruzun Görünümleri ve Saptanması (Taklit Edilen Hastalıklar)

Psikiyatrik bozuklukların temaruz edilmesi düşünülenlerden daha yaygın ve tespit edilmesi zor bir özelliğe sahiptir. Bundan ötürü temaruz tanısı koymak zor bir durum ve klinisyenler adına riskler taşımaktadır. Temaruzu kesin olarak saptayacak bir ölçme aracı olmadığından klinisyenin hastadan şüphe duyması durumunda birçok kaynaktan yardım alması gerekmektedir. Temaruz yapmanın topluma önemli maliyetleri olduğu düşünüldüğünde uzmanlar bu durumun varlığına odaklanmalı ve bu konuyla başa çıkabilmek için donanımlı olmalıdır (Singh vd., 2007: 131).

1.9.1. Zekâ Geriliği Taklidi

Zekâ, amaçlı bir şekilde hareket etme, mantıklı düşünebilme ve çevreyle uyum içerisinde olma becerilerinin bütünüdür. Zekâ geriliği, genel entelektüel fonksiyonların ortalamanın oldukça altında olması ve bunlardaki yetersizlik ve bozukluk ile belirlenir. Bu fonksiyonlar ise, iletişim kurma, kişisel

bakımı karşılama, ev yaşamı, bireyler arası ilişkiler, toplumsal imkânlardan faydalanma, kendini yönetebilme ve yönlendirebilme, okulla ya da işle ilgili fonksiyonel maharetler, boş vakitleri değerlendirebilme, sağlık ve güvenlik tedbirleri olarak ifade edilmektedir. Zekâ geriliğinin organik ve genetik pek çok sebebi olabileceği gibi zekâ geriliği tanısı konması için psikolojik testler yapılması ve bunun yanı sıra klinik değerlendirme alınması önem arz etmektedir (Turan-Yurtsever, 2019: 52-53). Günlük yaşamda insanlar temaruz davranışı sergilerken zekâ geriliği belirtilerini sergileyebilmektedir. Öyle ki Atalay-Saka (2018: 4-5)'ya göre savaşta bir askerin esir düşmesi halinde zekâ geriliği taklidi yapması temaruzun pek çok durumda uyum sağlamaya yönelik işlevini ortaya koymaktadır.

1.9.2. Amnezi ve Hafıza Kaybı Taklidi

Amnezi, bellek sisteminin bir kısmının geçici ya da kalıcı şekilde bozulmasıdır (Baddeley, 2005: 193). Amnezi, geriye dönük amnezi ve ileriye dönük amnezi olarak iki türde ele alınmaktadır. Geriye dönük amnezi geçmişteki olayların ve kişisel bilgilerin hatırlanmaması iken ileriye dönük amnezi yeni anıların oluşturulamaması ya da saklamada zorluk yaşanmasıdır. Amnezisi olan bireyler, mekân, zaman ve kişi bağlamında yönelim bozukluğuna sahip olabilmekte ve bu yönelim bozuklukları ise örneğin nerde olduğunu bilememe, içerisinde bulunduğu zamanı anımsayamama ve kendi ismini unutma şeklinde meydana gelmektedir (Nevid vd., 2020: 550-551).

Adli değerlendirmelerde hafıza sorunlarına dair şikâyetler oldukça yaygın olduğu gibi hafıza yakınmalarının sahte olarak nasıl tanımlanacağı sorusu adli psikoloji literatüründe tartışılmaktadır (Frederick, 2018: 314). Öte yandan davalarda sanıkların özellikle dissiyatif amnezi taklidi yaptıkları bilinmektedir (Oorsouw ve Merckelbach, 2006: 261). Dissiyatif amnezinin tanımlayıcı özelliği; hafızada başarılı şekilde saklanması ve normal olarak kolayca hatırlanması gereken otobiyografik bilgilerin hatırlanmamasıdır (APA, 2013: 298). Alataş ve diğerlerinin (2017) yapmış oldukları çalışmada inceledikleri olgulardan bir tanesi gün içinde sıkıntı hissetme, kendini kaybetme, terleme ve kitlenme gibi sorunlar yaşamakta ve bu dönemlerde yaşadıklarını, ailesini ve evini anımsamamaktadır. Çalışmada bu kişinin, kimi zaman baygınlık geçirdiğinde etrafındakilerin kim olduğu ve nerede olduğuna dair sorular sorduğu ancak bir süre sonra bunları hatırladığından bahsedilmiştir. Nitekim bu olgu şikâyetlerin başlamasından dört sene evvel dissosiyatif bozukluk tanısı almış ve

psikiyatri servisine yatırılmıştır. Hastanede kaldığı süreçte şikâyetleri azalmış ancak psikososyal stresörlerle karşılaşınca aynı durumlar cereyan etmiştir. Ruhsal durum muayenesi ve yapılan bazı tetkiklerin sonuçları normal çıkınca olguyu değerlendiren hekimler temaruzdan şüphe duymuş ve neticede birtakım ikincil kazançları dikkate alarak anamnez almıştır.

1.9.3. Psikoz Taklidi

Psikoz taklidi tanısının konması klinisyenin uzmanlaşmış olmasını, sistematik bir yöntem izlemesini ve birden fazla veri kaynağını bir arada ele almasını gerektiren karmaşık bir durumdur. Zorluk derecesi bakımından temaruzu yapanın bilgi ve becerisi bu açıdan önem kazanmaktadır. Şöyle ki psikotik semptomlar hakkında zayıf bilgiye sahip olan biri kolayca tespit edilebilirken kurnaz ve psikoz ile ilgili detaylı bilgiye sahip bireylerin tecrübeli klinisyenler tarafından bulunması dahi zordur (Resnick ve Knoll, 2018: 98).

Rosenhan (1973)'ın yaptığı çalışma kendisi dâhil 8 kişinin gerçekte hasta olmamasına karşın ileri sürdükleri şikâyetler üzerine hastaneye yatışlarını anlatmaktadır. Bu 8 kişi çeşitli sesler duyduklarını (boş”, “boşluk” ve “güm” gibi sesler) iddia ederek hastanelere başvurmuştur. Kişilerden yedisine şizofreni, bir kişiye manik depresyon tanısı konmuş ve hepsi hastaneye yatırılmıştır. Hastaneye yatırıldıktan sonra normal davranışlar sergileyip artık ses duymadıklarını söyleyen bu kişiler 7 günden 52 güne kadar, ortalama 19 gün, hastanede yatmıştır. Hastaneden çıkarken hastalara gerileme döneminde paranoyak şizofreni tanısı konmuştur. Cahalan (2021)'a göre bu araştırma ile hastanelerin, aklı başında olan kişilere tanı koymadaki tutumu ve bahsi geçen belirtiler üzerinden sahte hastalara ağır akıl hastalığı teşhisi koyduğu görülmüştür. Bu sahte hastalara kaldıkları süre boyunca 2100 adet hap verilmiş ancak her biri onları yutmak yerine lavaboya tükürmüş ya da cebinde tutmuştur.

1865'te A. S. Taylor tıbbi hukuk üzerine yazdığı bir metinde ceza davalarında psikoz taklidinin yaygın olduğunu ve zihinsel bir hastalığın olmadığı tutarsız klinik bir tablo ile aniden baş gösterdiğini ifade etmiştir (Chesterman vd., 2008: 276). Psikoz aldatmasının davranış örnekleri tuhaf motor davranışları, kendi kendine konuşma, canlı halüsinasyonlar, garip yanılsamalar, korkunç kâbuslar, cinsel açıdan uygunsuz

sorunlar, fiziksel hastalık süreçleri, iç vücut değişiklikleri, zulüm sanrıları şeklinde belirtilmektedir (Hall ve Poirier, 2001: 286).

Kişilerin temaruzun varlığını ortaya koymak için çeşitli stratejilere başvurdıkları bilinmektedir (Bellman vd., 2022: 3). Bunlar işitsel halüsinasyonlar, görsel halüsinasyonlar, delüzyonlar ve dissimülasyondur.

İşitsel Halüsinasyonlar: Sağlıklı bir toplumun üyelerinin %10-15'i kimi zaman işitsel halüsinasyonlar yaşayabilmektedir (Sommer vd., 2010: 633). Bu noktada önem arz eden husus ise gerçek ile gerçek olmayan halüsinasyonları ayırt etmektir. Goodwin (1971) yapmış olduğu çalışmada halüsinasyon gören 117 hasta incelenmiş ve gerçek halüsinasyonların özellikleri saptanmıştır. Her iki cinsiyetten şizofreni hastaları da dâhil olmak üzere hastaların yaklaşık dörtte üçü hem erkek hem de kadın sesleri duyduklarını ve yine çoğu hasta duyulan seslerin “gerçek” insanların sesleri kadar “net ve duyulabilir” olduğunu ifade etmiştir. Carter ve diğerleri (1996) işitsel halüsinasyonları olan hastaların %66'sının sesleri yönetmenin yollarını bildiğini ve %6'sının ise yönetmek için birtakım stratejiler kullanarak bir miktar başarı sağladığını ortaya koymuşlardır. Falloon ve Talbot (1981: 331) yapmış oldukları çalışmalarında işitsel halüsinasyonlarla başa çıkma stratejilerini; faaliyetlerde bulunma (mesela çalışma, TV izleme), duruştaki değişiklikler (mesela uzanma, yürüme), kişiler arası iletişim (iletişim kurma, iletişimden çekilme), ilaç kullanma (reçeteli ve reçetesiz ilaç) ve intihar davranışı olarak ortaya koymuştur. Resnick ve Knoll (2018: 104)'a göre gerçek işitsel halüsinasyonlar, fısıltıdan bağırmaya kadar geniş bir yoğunluk aralığı ile karakterize edilir. Bu aralık bazen aynı hasta içinde yaşanır ancak konuşmanın ritmi tipik olarak normaldir. Bunun aksine temaruz davranışı sergileyenler yapmacık ya da mantıksız bir dilden oluşan halüsinasyonlar bildirmektedir. Mesela temaruza teşebbüsle suçlanan birinin “git cinsel suç işle” diye bir ses duyduğunu iddia etmesi buna örnek verilebilir. Aynı şekilde temaruz davranışı sergileyenler mantıksız ya da aşırıya kaçan komutlar, örneğin “dik dur, kalk, kalk!” gibi, duyduklarını ileri sürebilmektedir. Her iki örnek yasadışı bir eylem için psikotik bir gerekçe sağlaması bakımından değerlendirilmesi gereken bir dil içermektedir.

Görsel halüsinasyonlar: Bir nesnenin ya da olayın (beş duyudan herhangi birinde) dış bir uyaran olmaksızın algılanması olarak nitelendirilen halüsinasyonlar,

çeşitli alanlarda (mesela psikiyatri ve nöroloji) hastalar tarafından ileri sürülmektedir (Teeple vd., 2009: 26). Görsel halüsinasyonlar ise uyanıkken deneyimlenen ve harici bir uyaran tarafından ortaya çıkarılmayan görsel bir algıdır. Bu halüsinasyonlar, çok çeşitli organik ve psikiyatrik koşulların yanı sıra herhangi bir gösterilebilir patolojinin yokluğunda da ortaya çıkmaktadır (Waters vd., 2014: 233).

Görsel halüsinasyonların taklit edilmesi önem arz eden bir konu olmakla birlikte gerçek olup olmadığının ayırt edilmesi için birtakım önlemler alınması gerekmektedir. Resnick ve Knoll (2018: 105) bu durumu bir banka soygunu üzerinden örneklendirmiştir. Banka soyduğu için tutuklanan bir kimse yargılama sürecinde görüşme odasının duvarlarında “30 ayak boyunda duvarları parçalayan bir dev” gördüğünü iddia etmiştir. Bahsi geçenler üzerine daha ayrıntılı sorular sorulduğunda “bilmiyorum” diyerek cevap vermesi ve sonrasında temaruz yaptığını itiraf etmesi esasında bu gibi olayların dikkat çekici yanına vurgu yapmaktadır.

Görsel halüsinasyonlar gördüğünü iddia ederek ilgili mercilere giden kişilerin birtakım kurumları ya da mercileri aldatma davranışı üzerinde durulması gereken bir durumdur. Bellman ve diğerlerinin (2022: 2) çalışmasında inceledikleri üç olgudan biri olan Bayan F, işitsel ve görsel halüsinasyonları olduğunu belirterek toplum kliniğine başvurmuş ve engellilik durumunun kanıtlanması için belge almak istediğini ifade etmiştir. Olguya uzmanlar tarafından yapılan testlerde kayda değer bir psikoz belirtisi görülmemiş ve Bayan F hemşirenin test için laboratuvara göndereceği idrarı vermeyi kabul etmemiş ve yetkililere defalarca evraklarının dolması gerektiği belirtmiştir.

Delüzyonlar: Hemen hemen herkesin inandığına ve aksi yönde tartışılmaz ve aşikâr kanıt veya kanıtlar teşkil etmesine rağmen dış gerçeklikle ilgili yanlış çıkarımlara dayanan yanlış bir inançtır. Yanlış bir inanç ancak bir yargıyı yanıltacak biçimde dile getirildiğinde yanılsama olarak görülmektedir (APA, 2013: 819). Temaruz yapanlar, bir sanrının ani şekilde başladığını ifade etseler de gerçekte bir sanrının haftalar ya da aylar boyunca kademeli şekilde gelişim gösterdiği bilinmektedir (Lipian ve Mills, 2000: 3922-3923). Bir sanrılı halin varlığında hastanın günlük eylemleri genel olarak başvuru yapmadan bir süre önceki sanrılarıyla uyumludur. Öyle ki hastayla görüşüldüğünde birtakım kuvvetler tarafından kontrol

edildiğini iddia ettiği süre boyunca sergilediği davranışlar normalse temaruz şüphesi arttırılmalıdır. Nitekim çoğu psikotik hastanın makul seviyede eksiksiz ve ayrıntılı sanrıları vardır. Bundan dolayı ayrıntılarından emin olunmayan ya da detaylara dair fazla soru sorulduğunda “bilmiyorum” cevabı veren hastanın semptomları abarttığından şüphe duymak gerekmektedir (Harris, 2000: 16).

Yapılan araştırmalar gerçek sanrıların özelliklerini ve bu bakımdan temaruzdan şüphelenilmesi durumunda dikkat edilmesi gereken unsurları ortaya koymuştur. Bu unsurlar Conroy ve Kwartner (2006: 35) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir: “İlk olarak öne çıkan özellik sanrıların ani başlangıçlı olmaması ve yavaş yavaş gelişip çözülmesidir. Öyle ki bunun bilincinde olmayan potansiyel temaruzcular akıl hastalıklarının bir anda başladığını bildirebilmektedir. İkinci özellik ise sanrıların geçmişteki davranış kalıpları ile tutarlı olduğudur. Üçüncü özellik, temaruz yapanın gönüllü bir şekilde akıl sağlığı uzmanlarına sanrisal inançlarını anlatma eğilimi varken gerçekten sanırlı kişilerin sessiz kalmayı tercih ettiğidir. Son olarak, sanrıların içeriğinde tuhaflik olması halinde düşünce bozukluğunun eşlik etmesi gerektiği dikkate alınmalıdır. Tek semptom tuhaf bir sanrı ise temaruz araştırılmalıdır.

1.9.4. Mutizm Taklidi

Mutizm, bireyin yeterli bilinç düzeyini korumasına rağmen konuşmaması ve sözlü iletişim girişiminde bulunmamasıdır (David, 2009: 119). Mutizm ve akıl hastalığı, yargılanma ehliyeti meselesiyle ilgili olarak uzun zamandır devam eden tarihsel bir ilişkiye sahiptir (Daniel ve Resnick, 1987: 301). Ayrıca mutizm taklidi, tek bir semptom ya da temaruz psikozunun bir parçası olabilmekte (Resnick ve Knoll, 2018: 107) ve zaman zaman kriminolojik bir değerlendirme esnasında karşılaşılsa da kalıcı bir özelliğe sahip olduğu için uzun süre taklit edilememektedir (Palermo, 2004: 265).

Gerçek mutizm, katatoni olan ya da olmayan hastalarda meydana gelebilir (Resnick ve Knoll, 2018: 107). Katatoni ise, çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi durumlarla ilişkili önemli bir psikomotor sendromdur (Walther ve Strik, 2016: 346). Katatonik davranış, çevreye karşı tepkinin azalmasıdır. Bu durum direnç göstermeden, katı, uygunsuz yahut tuhaf duruş sergilemeye, sözlü ve motor tepkilerinin eksiliğine kadar değişkenlik göstermektedir. Tarihsel olarak şizofreni ile ilişkilendirilmesine

rağmen, katatonik belirtiler spesifik değildir ve diğer zihinsel bozukluklarla (mesela katatoni ile depresyon bozukluğu) ve tıbbi koşullarla (mesela başka bir tıbbi rahatsızlık nedeniyle katatonik bozukluk) meydana gelebilir (APA, 2013: 88).

Temaruz davranışı sergileyenlerin kullandıkları tutum özellikle ayırıcı tanı için önem arz etmektedir. Bu bakımdan Resnick ve Knoll (2018: 109) temaruz davranışı sergileyen bireylerin davranışlarını ortaya koymuştur. Temaruz davranışı sergileyen bir kişi zaman kazanmak için kendisine sorulan soruların tekrarlanmasını isteyebilmekte ya da soruları yavaş cevaplayabilmektedir. Yanı sıra basit sorulara bile belirsiz yahut riskten kaçmak için amaçlı cevaplar verebilmektedir. Mesela bir kişiye sözde bir sesin cinsiyetinin sorulması halinde “muhtemelen bir erkek sesiydi” diyebilmektedir. Yine bu kişiler psikotik semptomlarla ilgili ayrıntılı sorulara “bilmiyorum” diyebilmektedir. Conti ve Preckajlo (2021: 60) Mary Doherty vakasını inceledikleri çalışmalarında 1806’da babasını öldürmekten tutuklanan bu genç kızın, duruşma esnasında sessiz kaldığını ve savunma yapmadığını ifade etmiştir. Jüri, Tanrı’nın ziyareti nedeniyle sessiz olduğunu düşündüğü Mary’nin suçsuz olduğuna yönelik karar vermiş ancak ertesi gün Mary, adliye merdivenlerinde otururken normal davranış sergilediği görülmüştür. Aldatmacası onu muayene edenler dâhil pek çok kişiyi kandırmaya yaramıştır.

1.9.5. Travmatik Beyin Hasarı Taklidi

DSM-5’te travmatik beyin hasarı, majör ya da hafif travmatik beyin hasarına bağlı nörobilişsel bozukluk başlığı altında incelenmiştir (APA, 2013: 591). Travmatik beyin hasarı, kafatasına sert kuvvetle veya ivme-yavaşlatma kuvvetleri ile beyinde oluşan travma ve meydana gelen belirtilerin varlığı ile tanımlanmaktadır (Bender, 2018: 124). Dünyada hâlâ travmatik beyin hasarı 45 yaş altı bireylerde morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindendir (Werner ve Engelhard, 2007: 4).

Travmatik beyin hasarının şiddetini ortaya koyabilmek için hafif, orta ya da şiddetli gibi derecelendirmeler yapılmaktadır (APA, 2013: 626). Bu noktada en çok kullanılan sınıflama sistemlerinden biri olan Glasgow Koma Skalasıdır ve skalada test edilen unsurlar göz açma, sözel ve motor cevaplardır. Skaladan elde edilen cevaplar beyin hasarının şiddetini belirtmekte ve Fleminger (2009: 187) düzeyleri 13-15 hafif, 9-12 orta ve 3-8 ağır şeklinde ortaya koymaktadır.

Hafif travmatik beyin hasarlarının yaklaşık %85-90'ı bir sene içerisinde etkin bir şekilde iyileşmektedir (Alexander, 1995: 1255). Majör ya da hafif travmatik beyin hasarına bağlı nörobilişsel bozukluğa; duygusal işlevlerde değişim (örneğin sinirlilik, gerginlik), kişilik değişiklikleri (mesela ilgisizlik, saldırganlık), fiziksel rahatsızlıklar (örneğin baş ağrısı, yorgunluk) eşlik etmektedir. Hafif travmatik beyin hasarı ile ilişkili nörobilişsel semptomlar genel olarak 3 ayda tam olarak düzelme eğilimindedir. Orta ve ağır travmatik beyin hasarlarında nörobilişsel eksiklikler devam edebileceği gibi nörofizyolojik, duygusal ve davranışsal komplikasyonlar meydana gelebilir. Bunlar nöbetler (özellikle ilk yıl), ışığa karşı hassas olma, sinirlilik, saldırganlık, depresyon, uyku bozukluğu, yaralanma öncesindeki gibi mesleki ve sosyal işlevselliği devam ettirememe ve kişiler arası ilişkilerde bozulmadır (APA, 2013: 625-626). Bir bakıma buradaki bilgiler klinisyenin değerlendirme yaparken dikkat etmesi gereken unsurları ifade etmekte ve burada vurgulanan durumların üzerinde durulması halinde travmatik beyin hasarı taklidi yapıp yapılmadığının anlaşılması muhtemel görünmektedir.

Travmatik beyin hasarı konusunda önem arz eden bir diğer kavram postkontüzyonel sendromdur. Keskin ve Tamam (2013: 96)'a göre postkontüzyonel sendrom, hafif travmatik beyin hasarı sonucu meydana gelen fiziksel, bilişsel ve psikiyatrik semptomlarla ilişkili bir yapıdadır. Belirtiler ortaya çıktıktan 3-6 ayda bireylerin yaklaşık %90'ının tamamen düzeldiği görülmektedir. Etyolojisi hâlâ tartışılmakla birlikte tanısı öznel yakınmalara dayanmakta ve kesin tanı koymada nesnel bir yöntem bulunmamaktadır. Varlık-Tokgözoğlu (2017: 23)'na göre hafif travmatik beyin hasarı değerlendirilmesi yapılırken hastalığın başlangıcı ve ne gibi sonuçlar doğuracağı bilinmelidir. Herhangi bir ikincil kazancın varlığı incelenmeli, taklit yapıp yapılmadığını ortaya çıkaracak geçerliliği ve güvenilirliği kabul görmüş testler yapılmalı ve taraflı davranılması halinde bireyin gerçekten hafif travmatik beyin hasarı olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

1.9.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taklidi

DSM-5'te travmatik stresin tanı kriterleri ortaya konmuştur. A kriterini karşılayan kişiler ölüm tehdidi, ciddi yaralanma (örneğin savaş, cinsel ve fiziksel saldırı, işkence durumu, doğal afetler, kazalar, hapsedilme ya da savaş alanına/kentsel/aile içi şiddete maruz kalma) ve cinsel şiddet durumları ile karşılaşmıştır. A kriterini karşılayan diğer kişiler arasında birebir tehlike altında olmasa da bu tür olaylara

tanıklık eden (A2 kriteri) ve bir felaket sonrasında şiddetle karşılaşan (ceset parçalarını görmek gibi) fakat kişisel olarak hiçbir şekilde tehlikede olmayan kişiler (A4 kriteri) yer almaktadır. Son olarak sevdiği birinin hayatını tehlikeye atan bir olayı bilen veya sevilen kişinin cinsel şiddete maruz kaldığını öğrenen ancak bu kimsenin hiçbir şekilde tehlike altında olmadığını öğrenmiş kimseler (A3 kriteri) bulunmaktadır (Friedman, 2015: 11).

20. yüzyılda yaşanan pek çok savaş neticesinde savaşın psikolojik sonuçları keşfedilmiştir. I. Dünya Savaşı sırasında travmalara karşı verilen tepkiler “sinir şoku” olarak tanımlanmış ve II. Dünya Savaşı esnasında bu durum “savaş yorgunluğu” şeklinde ifade edilmiştir (Resnick vd., 2018: 188). Travma sonrası stres bozukluğu psikiyatrik sınıflandırmada özel bir durum olmakla birlikte uyum bozuklukları haricinde varlığı kanıtlanabilir bir dış olaya bağlı tek sendromdur. Bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmakta ve yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılma şeklinde üç semptomun bir araya gelmesiyle tanımlanmaktadır (Adamou ve Hale, 2003: 327). Bu bozukluk; gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır şekilde yaralanma, fiziksel bütünlüğünü bozan bir olay yaşama, travmatik olaylar sonrası cereyan eden ve özgül semptomlarla belirginleşen bir durumdur. Semptomlar üç aydan kısa sürerse akut, daha uzun süre devam ederse eğer kronik travma sonrası stress bozukluğu adını almaktadır (Özgen ve Aydın, 1999: 34). Bunların yanı sıra travma sonrası stres bozukluğunun temel özelliği, bir ya da daha fazla travmatik olaya maruz kalmayı takiben karakteristik semptomlarda değişimler meydana gelmesidir (APA, 2013: 274).

Travma sonrası stres bozukluğunu taklit etmek zor olmadığı için teşhis noktasında raporda sadece bireyin bağımsız olarak doğrulanması kolay olmayan sübjektif belirtileri yer almaktadır. Halkı eğitmek için tanı kriterlerinin basılı ve çevrimiçi şekilde ulaşılabilir olması bazı kimselerin travma sonrası stress bozukluğu semptomlarını araştırmalarına neden olmaktadır (Resnick vd., 2018: 191). Öyle ki Lees-Haley ve Dunn (1994) yaptıkları çalışmada lisans öğrencilerinin majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve hafif beyin hasarı semptomlarını tarif etme yeteneklerini araştırmıştır. Katılımcılara DSM-III-R kriterlerine bağlı olarak semptom kontrol listeleri verilmiş ve bir bireyin depresyon, anksiyete, travmatik bir olayın etkileri ya da hafif bir beyin hasarından ötürü

yaşayacağını düşündükleri belirtiler sorulmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların çoğu, dört tanının hepsi için öz bildirim kriterlerini karşılamıştır. Hall ve Hall (2007: 722) travma sonrası stres bozukluğunun taklidinin kolay olduğunu gösteren 50 yaşındaki Vietnam gazisi örneği üzerinden konuyu ele almıştır. Bu kişi, ordudan terhis edildikten kısa bir mühlet sonra hizmet puanı alabilmek için travma sonrası stres bozukluğuna yönelik bir başvuruda bulunmuş ancak bu başvuru reddedilmiştir. Taburcu olduktan yıllar sonra meydana gelen ufak bir trafik kazasından sonra askerlikte ortaya çıktığını ileri sürdüğü travma sonrası stres bozukluğunun harekete geçtiğini beyan etmiş ve yardım başvurusunda bulunmuştur. Ancak ilgili kurumların ona istediği raporları vermemesinden ötürü başarısız olmuştur.

Travma sonrası stres bozukluğuna doğru tanı konması için dikkat edilmesi gereken unsurlar bulunmaktadır. Taklit yapan kişilerin; tüm dikkatleri semptomlara çekmeye çalışması, her zaman aynı olan kâbusları dile getirmesi, diğerleri tarafından onaylanmayan uyku güçlüğü olduğunu ifade etmesi, diğerlerini suçlaması ve semptomları abartılı şekilde ve genelde klasik ders kitaplarından prova edilmiş gibi sunması belirleyici unsurlar arasında yer almaktadır (Hall ve Hall, 2006: 532). Benzer şekilde travma sonrası stres bozukluğunun temaruz edilmesi noktasında klinik karar modeli olduğu görülmektedir. İlk olarak temaruz için bilinen bir motivasyon belirlenmelidir. Daha sonrası temaruz davranışını sergileyen kişinin özelliklerini (düzensiz istihdam, sigorta talebi geçmişi, kaçınma ya da çelişkiler vb.) değerlendirmek ve son olarak temaruza yönelik doğrulayıcı kanıtlar (kabul etme, psikometrik kanıt, iddia edilen belirtilerle çelişen video gibi güçlü kanıtlar) elde etmesi gerekmektedir (Resnick vd., 2018: 202). Nihai olarak çoğu klinisyen temaruzun tanımlanmasının zor olduğunda hem fikirdir. Travma sonrası stres bozukluğu, tanısı kişinin ileri sürdüğü psikolojik semptomlara dayanan sübjektif bir özelliğe sahip olduğu için başarılı bir şekilde taklit edilebilen bir hastalık olma özelliği taşımaktadır. Karmaşık ve uzun zaman alan bir süreç olsa da titiz bir şekilde veri toplanması ve muayenenin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi halinde gerçek ile sahte davranış arasındaki fark ayırt edilecektir. Bu bakımdan özellikle psikolojik testler temaruz şüphesini doğrulama adına klinisyen tarafından kullanılmalı, travma sonrası stres bozukluğu değerlendirmesi yapacak olan klinisyen bu konuda bilgi sahibi olmalı ve

gerçek ve sahte travma sonrası stres bozukluğunun farklarını bilmelidir (Resnick vd., 2018: 205).

1.10. Temaruzun Değerlendirilmesi ve Yönetimi

İnsan ilişkilerinde aldatma yaygın sergilenen bir davranıştır (Wiley, 1998: 873). Szasz (1997: 170-171)'a göre insanın sahip olduğu yeteneklerden en ilginç ve önemli olanlardan biri de taklit etmektir. Ana dil öğrenmekte olduğu gibi daha pek çok şey bu şekilde öğrenilmekte ve taklit etme, birçok amaca hizmet etmektedir. Diğer yandan hastalığı taklit etmek bir hekim için bir sorunken hasta açısından bir çözümdür.

Yalan ve aldatma söz konusu olduğu zaman araştırmacıların genel olarak vücut ve yüz gibi konuların üzerinde durduğu görülmüştür. İnsanlar gerçek duygularını gizlemeye ve hissedilmeyen duyguları taklit etmeye çalıştıklarında, bedenlerinden çok yüzlerini gizlemektedir (Ekman ve Friesen, 1974: 288-289). Bunun aksine aldatmaya teşebbüs eden bireylerin yüz ifadelerini kontrol etmede başarılı oldukları ancak vücudun alt kısmında gerginlik belirtilerinin meydana geldiği ve bu belirtilerin kollarda, ellerde, bacaklarda ve ayaklarda hareketlenmeler şeklinde gerçekleştiği ortaya konmuştur (McClintock ve Hunt, 1975: 65).

Temaruzu tespit etmede çeşitli fikirler ileri sürüldüğü görülmüştür. Temaruzu teşhis etmek için gözlem ve çıkarım olarak olmak üzere ayrıca iki yöntem bulunmaktadır. Gözlem, kontrollü ortam gözlemi ve gizli “gerçek dünya” gözlemi olarak iki alt katogoriye ayrılmaktadır. Kontrollü ortam gözlemine klinik gözlem - mesela bir yatan hasta ünitesinde hastanın davranışlarının gözlenmesi gibi- örnektir. Bunun yanı sıra gizli “gerçek dünya” gözlemine bir örnek ise, kişinin iddia ettiği engellilik durumunun açıkça görülebileceği durumlarda doğal ortamın videoya kaydedilmesidir. Mesela agorafobi nedeniyle tam maluliyet iddiasında bulunan bir kimsenin evinden çıkarken ve daha sonra otobüse/trene binip alışveriş yaparken ve eve dönerken hiçbir sorun yaşamadığının videoya kaydedilmesi de bu bağlamda özel bir örnektir (LoPiccolo vd.,1999: 171). Başka bir görüşe göre klinisyenin, temaruz olduğundan şüphelendiği kişiyi değerlendirirken tutarsızlık ya da çelişkilere dikkat etmesi gerekmektedir. Bahsi geçen tutarsızlıklar ise bireyin sunumuna göre içsel ve dışsal olarak sınıflandırılmaktadır. İç tutarsızlıklar, bir kişinin aynı değerlendiriciye kendi öykülerinin belirgin şekilde çelişkili versiyonlarını vermesi iken dışsal tutarsızlık, kişinin bildirdikleri ile gözlemlenen semptomlar arasında farklılık

olmasıdır. Mesela muayene edilen bir kimsenin bildirdiği işlevsellik düzeyi ile başkalarının onun işlevselliği noktasındaki gözlemlerinin farklı olması dışsal tutarsızlık örneğidir. Yine bir kişinin klinisyenin yanında dağınık ya da kafası karışık bir şekilde davranmasına karşın diğer hastalarla mükemmel santraç oynaması dışsal tutarsızlığa başka bir örnektir (Resnick ve Knoll, 2018: 111).

Temaruz davranışı sergileyenlerin teşhisinin riskli bir yapıya sahip olması halinde klinisyen, teşhisi destekleyen dikkatli ve ayrıntılı rapor tutmalıdır. Hastayı doğrudan hasta numarası yapmakla suçlamak sonrasında düşmanlığa, hekim-hasta ilişkisinin kopmasına, hekim aleyhine dava açılmasına ve nadiren de olsa şiddete sebep olabilmektedir. Bu noktada daha uygun yaklaşım, objektif bulguların hekimin objektif tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığını belirlemek ve dolaylı şekilde kişiyle yüz yüze gelip temaruz yapan kişiye itibarını kurtarma fırsatı vermektir. Yine de bütün bunlara rağmen bazıları hasta numarası yapmaya devam edebilmektedir (Singh vd., 2007: 130-131). Gerçekten de temaruzun tespiti karmaşık olduğu için çok yönlü bir değerlendirme gerektirmektedir. Tespit asla tek bir belirti, ölçek ya da ölçüme dayalı olmamalıdır. Şayet gerçek bir hasta yanlış sınıflandırılırsa o kişinin gelecekteki tedavisi, mali refahı ve yasal statüsü bundan etkilenecektir. Diğer yandan temaruz yapanı gerçek bir hasta gibi sınıflandırmak da ilgili diğer taraflar (örneğin sigorta şirketleri, işverenler ve ceza hukuku sistemi) için önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bir bakıma psikologlar, temaruz değerlendirmesinde her iki yanlış sınıflandırmayı en aza indirmeye çabalayan mesleki bir sorumluluk üstlenmektedir (Rogers ve Gillard, 2013: 39).

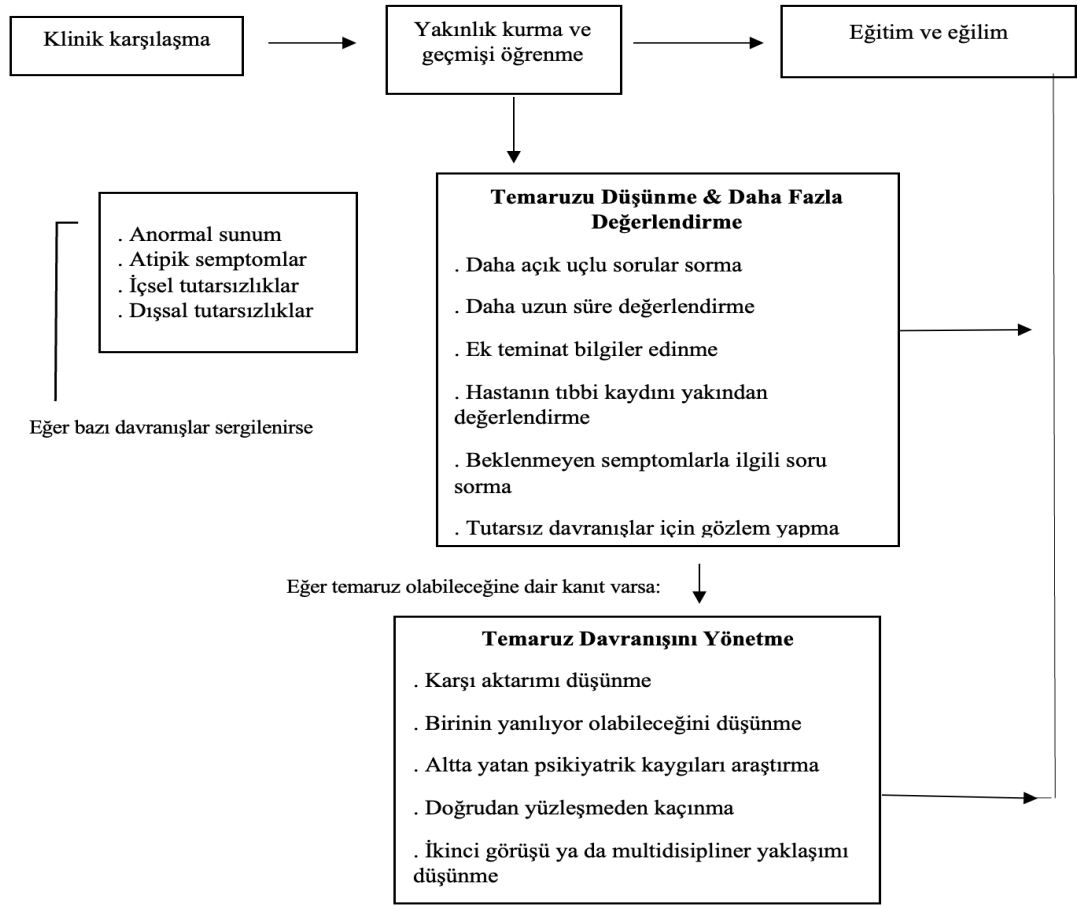
Mason ve diğerleri (2014: 55) bazı veri tabanlarında (EBSCO, CINAHL ve PsycINFO) “temaruz ve müdahaleler veya temaruz ve yönetim stratejileri” anahtar kelimeleri ile aramalar yapmış ve seçilen makalelerdeki müdahaleler ve/veya yönetim stratejilerinden bir klavuz ortaya koymuşlardır. Yapılan tarama neticesinde temaruzun yönetimini; *uygulama düzeyinde* ve *hasta ile birlikte yönetim teknikleri* şeklinde ikiye ayırmıştır. Uygulama düzeyinde yönetim teknikleri için ilk unsur, klinisyenin aldatma ve temaruz davranışı sergilediğine inandığı danışanlarla olan temaslarını kapsamlı bir şekilde belgelemesi ve bunları meslektaşları ile paylaşmasıdır. İkinci unsur ise temaruzu tespit etmek için birtakım psikolojik testlerin kullanılması gerektiğidir. Resnick ve Knoll (2018: 116)’a göre klinisyen kapsamlı bir

değerlendirmeden, klinik kayıtlardan, yardımcı verilerden ve özellikle psikolojik testlerden elde edilen ipuçlarını bir araya getirmelidir. Üçüncü unsur ise klinisyenin, temaruzdan şüphe duyması halinde gözlemsel ve çıkarımsal yöntemleri kullanması gerektiğidir (LoPiccolo vd., 1999: 166).

Hasta ile birlikteyken yönetim tekniklerinde ilk unsur, onaylanmış rol yapma ölçeklerinin kullanılmasıdır. Ancak klinisyenin bu ölçeklerin altta yatan motivasyonları ortaya koymada yetersiz olduğunu bilmesi gerekmektedir (Rogers ve Gillard, 2013: 37). İkinci unsur, sanığın mevcut psikiyatrik semptom iddiaları varsa klinisyen, psikolojik testlerle bunların tutarlı olup olmadığını kontrol etmelidir (Resnick, 1999: 169). Üçüncü unsur, vakaların ikincil kazançlarının (Waite ve Geddes, 2006) klinisyen için yol gösterici olduğudur. Son unsur ise klinisyenin hastaya temaruz bulgularını sunmak için takip etmesi gereken “ABCs” dir. Bunlar ise “yalan söylediği ithamından kaçınma¹” (Avoid accusations of lying), “karşı aktarımdan sakınma” (Beware of countertransference), “yüzleşme değil açıklık kazandırma” (Clarification, not "confrontation.") ve “güvenlik önlemleri” (security measures) şeklinde ortaya konmuştur (LeBourgeois, 2007).

Temaruzun değerlendirilmesi ve yönetilmesi zor bir süreci içermektedir. Klinisyenin bu anlamda dikkat etmesi gerekenler hususunda ortaya konan bazı yol gösterici haritalar bulunmaktadır.

¹ Bu ifadeden kasıt kişinin direkt olarak yalan söylediğine dair bir tutum sergilenmemesi gerektiğidir.



Şekil 2. Temaruzun Değerlendirilmesi ve Yönetilmesi (Schnellbacher ve O'Mara, 2016: 3)

Temaruz davranışının değerlendirilmesi ve yönetilmesi noktasında ipucu veren bazı unsurlar Şekil 2'de yer almaktadır. Şekli yorumlamak gerekirse eğer bir klinisyenin temaruzdan şüphelenmesi halinde hastanın geçmişini öğrenmesinin gerekliliği göze çarpmaktadır. Öyle ki ancak bazı unsurların varlığı halinde -anormal sunum, atipik semptomlar, içsel ve dışsal tutarsızlıklar- temaruzdan şüphe edilebilir. Değerlendirmeyi daha iyi yürütebilmek adına açık uçlu sorular sormak, uzun süreli değerlendirme yapmak, ek teminat bilgileri sağlamak, hastanın tıbbi kaydına bakmak, beklenmedik belirtileri sorgulamak ve tutarsız davranışları gözlemlemek gerekmektedir. Bu noktadan sonra şayet temaruzaya yönelik kanıtlar varsa klinisyenin karşı aktarımı ve birinin yanıltıyor olabileceğini (teşhisi tekrar gözden geçirme) düşünmesi, davranışa neden olan psikiyatrik kaygıları araştırması, doğrudan yüzleşmeyi önlemesi ve diğer meslektaşların görüşünü alması önemlidir. Bu bağlamda

hastaya eğitim vermek gerekebilir ve kendini ifade edebileceği ya da içerisinde bulunduğu durumu açıklayacak fırsatlar sunulmalıdır.



2. BÖLÜM

HASTALIK VE TEMARUZ

Bu başlık altında temaruz konusu kültürel ve örgütsel açıdan ele alınmıştır. Öncelikli olarak konunun kuramsal çerçevesi ele alınmış, genel olarak hastalık kavramına dair bilgi verilmiş ve toplumsal açıdan hastalığın anlamı ortaya konmuştur. Nihai olarak bu başlık altında rahatsızlığın normal/anormal olmasının üzerinde durulmuş ve medikalizyon ve temaruzun bağlantısı açıklanmıştır. Örgütsel bağlamda temaruz başlığı altında ise bazı örgütsel davranış kavramlarına ilişkin bilgi verilmiş ve temaruzun örgütsel bağlamı ortaya konulmuştur.

2.1. Kuramsal Çerçeve

Bu başlık altında araştırmmanın kuramsal çerçevesini ifade etmek üzere işlevselcilik yaklaşımı ve sembolik etkileşimci yaklaşım ele alınacaktır.

İşlevselcilik yaklaşımı toplumsal yapının tüm özellikleri ve toplumsal kurumların doğası ile ilgilenmesinden ötürü makrososyoloji ekseninde yer almaktadır. Bu yaklaşıma göre “bir toplumsal sistemin birbirleri ile ilişkili kısımları” ifadesi bir havaalanı örneği üzerinden açıklanabilir. Öyle ki kısımlar; uçak biletleri ve rezervasyon personeli, yolcular, pilotlar, yük taşıyıcılar, kule personeli, restoran çalışanları ve diğer unsurlardır. Bahsi geçen bu kısımların hepsi birbiriyle ilişki halinde olduğu için havaalanında bir sistem olarak dengesizlik oluşturabilecek olaylar (kötü hava nedeniyle pistlerin kullanılamaması, bayram ve tatil günleri yolcunun çok olması gibi) meydana gelebilir. Bu durumların herhangi biri sistemin bir süre çalışamaz hale gelmesine sebep olduğundan “bir ölçüde dengesizlik” olarak değerlendirilmektedir (Wallace ve Wolf, 2020: 43). Sosyal hayatı mümkün kılan unsur, insanların kendi sosyal sistemlerinde ortak olan norm ve değerlere uygun şekilde davranacaklarına dair beklentidir. Bu süreç “işlevsel” bir özelliğe sahiptir. Çünkü bu tarz bir işleyiş sosyal uyumu beraberinde getirmekte ve sosyal düzeni bozan suç ve akıl hastalığı gibi “işlevsiz” süreçleri dengelemektedir. İşlevselci yaklaşımda sosyal sistem, çeşitli parçalarını nispeten sabit bir aralıkta düzenleyerek sosyal işleyişini sürdürmektedir. Bu teoriye göre, sosyal sistemler birbirine sıkı sıkıya bağlı parçalardan meydana gelmekte ve sistemin bir parçasında meydana gelen değişiklik, karar ve tanımlar kaçınılmaz şekilde diğer tüm parçaları etkilemektedir. Öyle ki kişinin kendi bakış

açısına ve kendine özgü koşullarına göre uyarlanabilir olan davranışlar -suç işlemek gibi- toplumun genelinde sapkınlık olarak ifade edilmektedir. Psikiyatrlar, polisler ve mahkemeler işlevsiz sosyal süreçleri kontrol altına almakta ve sosyal sistemdeki sapkınlığa uygulanan yaptırımlar sayesinde denge sağlanmaktadır. İşlevselci yaklaşım, hastalığı işlevsiz ve sistemin istikrarına tehdit olarak görmekte ve hasta insanlar toplumsal görevlerini yerine getiremediği için toplumun verimli işleyişinin önünde bir engel olarak görülmektedir. Bu bakımdan tıp otoritesi hastalığı tedavi ederek, kontrolünü sağlayarak veya önleyerek sosyal sistemin sürdürülmesine yardımcı olup hastalığın işlevsiz yönlerini telafi etmektedir (Cockerham, 2017: 210-211).

İşlevselciler için hastalık, bedende cereyan eden bir işlev kaybı ve bozulmadır (Açıkgöz, 2021: 128). Yine hastalık, sosyal sistemin düzenini tehdit eden bir özelliğe sahiptir ve bundan dolayı hastanın iyileşmesi gerekmektedir. Hastalık insan vücudu adına doğal bir durum olarak görülmemekte hem fiziksel hem de sosyal işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Hastalık, toplumsal beklentilere ve normlara (mesela iş ya da ev işleri) uymamaya neden olduğu için bir sosyal “sapma” olarak ifade edilmektedir (Bissell vd., 2002: 62). İşlevselciler hastalığı bu şekilde ele aldıkları için sistemde oluşturabilecek aksaklıkları önleyebilecek bir unsur olan “hasta rolü” kavramını ileri sürmüştür. Hasta rolü kavramına detaylı bir şekilde değinilecektir. Öyle ki hasta rolü hastaya bir takım rol ve sorumluluklar belirlemekte ve bu sayede toplumların dengede kalacağı varsayılmaktadır. Esasında hasta rolü hasta kimseyi “sorumluluklarından muaf tutmakta” ve noktada hasta olmanın ayrıcalıklarını ortaya koymaktadır. Temaruz davranışında bir kimse hasta olmanın ayrıcalıklarına vakıf olarak hareket etmekte ve ikincil kazançlar nedeniyle hasta olmadığı halde hasta gibi davranmaktadır.

Parsons her ne kadar hasta rolünü toplumda insanların hastalığı araçsallaştırmaması için bir unsur olarak ifade etse de bu mümkün görünmemektedir. Bundan ötürü hasta rolü yaklaşımının yanı sıra temaruz olgusunu sembolik etkileşimcilik açısından ele almak gerekli görülmüştür. Aksan ve diğerlerine (2009: 902) göre bu teori, gerçeklerin sembollere dayandığını ve semboller tarafından yönlendirildiğini ve temelinde anlamların yattığını ileri sürmektedir. Nitekim bu yaklaşım, bireylerin sosyal çevrede diğer bireylerle karşılıklı etkileşiminden ortaya

çıkan anlamları irdelemekte ve “insanlar arası etkileşimden hangi sembol ve anlamların ortaya çıktığı” sorusu üzerinde durmaktadır. Wallace ve Wolf (2020: 347)’a göre bu yaklaşım insan davranışlarının uzak bir açıdansa yakın çekimini, donuk bir fotoğraf yerine hareketli resmini sunmaktadır.

Sembolik etkileşimciliğin önde gelen isimlerinden Mead’e göre insanlar arasındaki etkileşim, semboller aracılığıyla gerçekleşen bir iletişim meselesidir. Mead, sembollerle iletişim sağlama kapasitesinin insanlar arasında nasıl meydana geldiğini ve bu kapasitenin insanlarda nasıl şekillendiğini anlamaya çalışmaktadır (Cuff vd., 2005: 125-126). Semboller bir başka şeyi dile getirmek için kullanılmaktadır. Kullanılan kelimelerin ifade edilmek istenen şeyi temsil etmesi bu anlamda örnek teşkil etmektedir (Tezcan, 2016: 14). Yine semboller, toplumsal hayatın içerisinde bireylerin uzlaştıkları ve yarattıkları bir özelliğe sahiptir. Dolayısıyla toplumun sosyal ve kültürel yapısının temelinde fertlerin üzerinde anlaştığı bir kültüre ait olan semboller sistemi yer almaktadır (Beşirli, 2017: 70). Aynı zamanda bu yaklaşıma göre sözselsel olmayan beden hareketleri veya iletişim biçimleri de sembol olarak ele alınmaktadır. Birine el sallamak veya kaba bir beden hareketi sembolik bir değere tekabül etmektedir (Giddens, 2012: 57-58).

Blumer (1986: 2) sembolik etkileşimciliği üç önermeye dayandırmıştır. İlk önerme insanların şeylere yönelik şeylerin kendilerine ifade ettiği anlamlara göre hareket ettiğidir. Bu tür şeyler insanın kendi dünyasında fark edebileceği her şeyi - ağaçlar veya sandalyeler gibi fiziksel nesneler, anne veya tezgâhtar gibi diğer insanlar, dostlar ya da düşmanlar gibi insan kategorileri, okul ve hükümet gibi kurumlar, bireysel bağımsızlık ya da dürüstlük gibi yol gösterici idealler, emirler ve istekler gibi başkalarının faaliyetleri ve bir bireyin günlük yaşamında karşılaştığı durumlar- içermektedir. İkinci öncül ise bu tür şeylerin anlamının sosyal etkileşimden türediği ya da ortaya çıktığıdır. Son olarak bu anlamların kişinin karşılaştığı şeylerle başa çıkarken kullandığı yorumlayıcı bir süreç içinde ele alındığı ve bu süreç aracılığıyla değiştirildiğidir. Poloma (2012: 235) bir yılanı yüklenen anlam üzerinden bu konuyu tartışmıştır. Kimileri için yılan iğrenç bir sürünge iken bir doğabilimci için doğanın hassas dengesindeki halkalardan biridir. Bir kimsenin bahçesindeki yılanı öldürmesi ya da büyülü bir şekilde onu seyretmesi o bireyin o nesneye yüklediği anlamla ilişkilidir. Nitekim bu anlamlar diğerleriyle girilen etkileşimler sayesinde

edinilmektedir. Poloma (2012: 234) sembolik etkileşimin, tek başına en önemli sembol olan dilin kullanılması ve jestler aracılığıyla gerçekleştiğini ifade etmiştir. Bu açıklama açısından temaruz davranışı ele alındığında hasta numarası yapan ya da bir hastalığı taklit eden kimsenin jestleri, mimikleri, takındığı tavır, üslup ve kullandığı dil gibi unsurların önem arz ettiğini söylemek yerinde olacaktır. Bir çocuğun okula gitmemek için hasta numarası yaparken öksürmesi bu açıdan bir örnektir. Çocuk etrafındakilerle iletişim, etkileşim halindeyken bunu edinmekte ve nitekim hastalığı ispat etmek ya da kendinde var olduğunu göstermek adına bu davranışları sergilemektedir. Öyle ki gerçekte var olmayan bir hastalığın sergilenmesi bazı destekleyici unsurları gerektirmekte ve bu unsurda pek çok unsur önem kazanmaktadır.

Temaruz davranışının örgütlerdeki yansımaları açısından çatışmacı yaklaşıma değinmek yerinde olacaktır. Giddens (2012: 56- 57)'a göre çatışma kuramcıları; işlevselcilerin bir grup, topluluk üyeleri arasında temel toplumsal değerler açısından anlaşma olduğu görüşüne karşı çıkmakta ve yine bu kuramcılar toplumdaki bölümleri ön plana çıkarmaktadır. Bu yaklaşımın öncüleri güç, eşitsizlik ve mücadele konularını tartışmaktadır. Nitekim toplumun içerisinde bulunan grupların her biri kendi çıkarlarını gözettiği için farklı çıkarların bir arada olması bir anlamda çatışma potansiyelinin varlığını ve belirli grupların diğerlerine göre daha fazla yarar sağladığını göstermektedir. Henslin (2018: 20) çatışmacı yaklaşımın; toplumun makrososyolojik incelemesini sunduğunu ve toplumdaki kıt olan kaynakları elde etmek için mücadele edildiğini, güçlü olanın güçsüzleri nasıl kontrol ettiğini ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım eşitsizlik, güç/iktidar, çatışma, rekabet, sömürü/istismar kavramlarına odaklanmaktadır.

Bu yaklaşım toplumdaki gruplar ve sınıflar arasındaki siyasi, sosyal ve maddi eşitsizlikler üzerinde durmakta ve bilhassa sınıflar arasındaki güç mücadelesini ele almaktadır. İşlevselcilerin savunduğunun aksine çatışmacı yaklaşımın öncüleri toplumun uyum içinde bir bütün olduğunu reddetmekte ve toplumdaki kesimlerin kıt kaynakları elde etmek için çatıştığını ileri sürmektedir (Kasapoğlu, 2018: 46). İşlevselcilik, toplumları ve toplumsal kurumları birlikte işleyerek dengede kalan, birbirine dayanan kısımlardan oluşan sistemler olarak ele almaktadır. Bir bakıma işlevselciler, çatışmanın varlığını kabul etmemekte ve toplumun bunu denetleme yolları geliştirdiğinden hareket etmektedir. Çatışma kuramcıları ise toplumu bu

bakımdan farklı şekilde kavramakta ve toplulukların güç elde etmek için mücadele halinde olduklarını savunmaktadır (Wallace ve Wolf, 2020: 107).

Çatışma kuramının birbiri ile alakadar üç tane önemli önermesi vardır. İlk olarak, bireylerin istedikleri, elde etmek için çaba gösterdikleri fakat toplumlar nezdince belirlenmemiş olan bazı çıkarlara sahip olduklarıdır. İkinci olarak toplumsal ilişkilerin merkezinde yer alan güçtür. Son olarak ise değerlerin ve fikirlerin tüm toplumun kimliğini ve amaçlarını belirleyen araçlar olduğu değil, farklı toplulukların kendi hedeflerine varmak için kullanılacak olan bir silah olarak görülmesidir (Wallace ve Wolf, 2020: 109). Nitekim bu kuramın önemli isimlerinden Karl Marx ve Max Weber, insanların ilişkilerinin büyük oranda kendi çıkarlarına dayandığını savunmaktadır (Wallace ve Wolf, 2020: 113). Bu açıklamalar ışığında örgütsel bağlamda güç ilişkileri bakımından hakkaniyetsizlik, eşitsizlik, adaletsizlik gibi davranışlarla karşılaşan çalışanların sığınabileceği limanlar olduğu söylenebilir. Öyle ki örgütsel adaletsizlik perspektifinden konuya yaklaşıldığında vurgulanmak istenen unsurlar daha net ortaya konabilir. Parker ve Kolhmeyer (2005: 357) örgütler ve üyeleri için örgütsel adaletin önemli sonuçları olduğunu ifade etmiştir. İçerli (2010: 69) ise örgütsel adaleti yöneticilerin örgüt ve işgörenlere yönelik karar ve eylemlerinin, işgörenler tarafından olumlu algılanması şeklinde ifade etmiştir. Bir başka açıdan örgütsel adalet; örgütteki ücretlerin, cezaların, terfilerin ve ödüllerin nasıl uygulanacağı, bu gibi kararların alınma şekli ya da bu kararların personele nasıl iletildiği ve çalışanlarca bunların algılandığıdır.

Örgütlerdeki adalet unsuru işgörenler için önemli bir motivasyon kaynağıdır. Bir örgütün üyelerinin adalet algısının düşük olması çalışanların; moral düşüklüğü yaşamasına, örgütten ayrılma ihtimalinin artmasına ve hatta örgüt aleyhine bazı davranışlar sergilemelerine sebep olmaktadır (Cihangiroğlu ve Yılmaz, 2010: 209). Öyle ki işgörenlerin yöneticilerini adil bulmaması halinde birtakım arzu edilmeyen davranışlar oluşmaktadır (Yürür, 2008: 308). Haksızlığa uğradığını düşünen bir çalışan yöneticilerinin var olan statüsü ile baş edemeyeceğini düşünerek, yönetici kendisine göre daha güçlü bir pozisyonda olduğu için, sistemin boşluklarından yararlanarak aslında hasta olmadığı halde hasta gibi davranabilir. Nitekim bu sayede çalışan bazı kazançlar elde etmekte ve hasta rolüne girmektedir.

Konuya çalışan hakları bağlamında bakılacak olursa eğer bu hak, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında açıkça ifade edilmiş; çalışma hakkı ve ödevi, çalışma şartları ve dinlenme hakkı şeklinde düzenlenmiştir. Erken (2013: 68)'e göre çalışma hakkı tek bir kavramı ifade ediyor gibi dursa da pek çok hakkı içerisinde barındırmaktadır. Anayasada düzenlenen ücret hakkı, sendikal haklar, sosyal güvenlik hakkı ve izin hakkı bu kapsamda yer almaktadır. Mesela çalışan bir kadının doğum yapması halinde ona sağlanan izin hakkı üzerinden konuyu tartışmak yarar sağlayacaktır. Nitekim bu haklar 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve 4857 sayılı İş Kanunu'da düzenlenmiştir. Devlet Memurları Kanunlarına tabii olan çalışanların doğum nedeniyle doğum öncesi ve sonrası toplamda 16 hafta izin verilmektedir. Yine İş Kanunu'nun konu ile ilgili olan 88. Maddesi uyarınca “Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik” hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte ise kadın çalışanların çocuklarını bırakabilmeleri adına okul öncesi eğitim kurumları ve kreşler açılmasına yönelik hükümler bulunmaktadır.

Çocuğuna bakması gereken ve işyerinde mesaisi olan bir kadına sağlanması gereken ortam bu yönetmelik sayesinde ortaya konmuştur. Bir bakıma bir çalışan anne, çocuğunu işyerindeyken bırakacağı güvenli bir yer bulamama ve doğum sonrasında izinlerin az olmasından ötürü sistemin boşluklarından yararlanmak isteyebilir. Şöyle ki çalışan bir anneye çocuğuna bakabilmek ve çocuğunu büyütebilmek için gerekli şartlar sağlanmadığı takdirde bu kişilerin gerçekte hasta olmamasına rağmen hasta gibi davranması ya da çocuğunun hastalığını ileri sürmesi kaçınılmaz olabilir.

2.2. Genel Olarak Hastalık

Hastalık; mahşerin dördüncü atlısı (açlık, yoksulluk, savaşla beraber anılan atlı), soluk insan görünümüyle çelimsiz at üzerinde insanlığa oklarını atan yaratık, bedenlerin şeklini değiştiren virüs, vücuda ve ruha acı veren ve insanı korkutan bir hayalet, beklentileri tüketen, yaşamı sonlandıran, hayalleri yok eden marazdır. Bir başka açıdan hastalık; hayatı sorgulatan, kişilerin dünyaya bakışını değiştiren, vücudu yenileyen, ruhu dinginleştiren, istekleri dizginleyen, sevgiyi ve aşkı yücelten, çatışmaları en aza indiren, ilişkileri kuvvetlendiren bir özelliğe sahiptir (Açıkgöz, 2021: 71). Hastalık kavramı söz konusu olduğunda neredeyse herkesin hastalığa dair aynı şeyleri algıladığı düşünülse de hastalığın tanımı, bir toplumdan başka bir topluma

ve hatta zamana ve çağa göre değişmektedir. Bir kişinin ne zaman hasta olarak nitelendirileceği yahut kendisini ne zaman ve hangi şartlarda hasta olarak algılayacağını kesin koşulları bulunmamaktadır. Örneğin trafik kazası geçirmiş bir kişi her zaman ve her yerde “hasta” olarak görülmesine rağmen başı ağrıyan bir kimsenin hasta olarak görülüp görülmeyeceği ve bireyin kendi konumunu nasıl belirleyeceği içerisinde bulunulan toplumun “hastalık algısına” göre şekillenmektedir (Cirhinlioğlu, 2019: 21). Pek çok insan hastalığı, vücudun organ ve dokularında meydana gelen fiziksel değişme ve bozulma olarak görmekte ve insanlar, hekimler ve iyileştiricilerin yardımıyla hastalıktan kurtulmaya çalışmaktadır. Hastalık baş gösterdiğinde yapılması gereken hastalığın sona erdirilip normal aktivitelere geri dönülmesidir. Hastalığa bu tarz bir bakış açısı gerçekçi olduğu gibi aynı zamanda sosyolojik bakımdan sınırlı bir ifadedir. Çünkü sosyolojik perspektiften hastalık, yalnızca fiziksel ve biyolojik bir süreç değil, hastayı sosyal ve psikolojik açıdan etkileyen bir olgudur. Bireyin toplumsallaşma sürecinde edindiği algılar hastalığın sosyal olarak inşasını ortaya koymakta ve hastalık statüsü, kişinin içerisinde yaşadığı toplumda hangi belirtilerin hastalık olarak algılandığına göre değişmektedir. Nitekim kimi belirtiler bazı toplumlarda hastalık olarak algılanırken başka toplumlar için bunlar kabul görememektedir (Özçelik-Adak, 2015: 15).

Hastalık denince İngilizce literatürde üç kavram; rahatsızlık (illness), hastalık (disease) ve hastalık durumu (sickness) öne çıkmaktadır. *Rahatsızlık* ve *hastalık* birbirlerinin yerine kullanılmasına rağmen aralarında temel bir ayrım bulunmaktadır. *Rahatsızlık* hastaya acı çektiren, rahatsızlık veren, şikâyeteye sebep olan ve kişiyi tıbbi yardıma iten bir özelliğe sahiptir. Aynı zamanda bu kavram, kişinin vücudunda bir şeylerin ters gittiğini ve birtakım ağrı, sıkıntı ve sakatlık semptomlarının olduğunu göstermektedir. *Hastalık*, bireyin doku ve organlarında hastalık belirtilerine yol açan çeşitli yapısal bozukluklar olarak ifade edilmektedir. Bunlar genel olarak hastanın deneyimleyebileceği ölçüde olmadığı için hastanın haberi olmadan bu unsurlar bir müddet var olabilmektedir. Bunun aksine *rahatsızlık* ancak hastanın farkındalığı ile ortaya çıkmaktadır (Reading, 1977: 703). Öyle ki bu iki kavram esasında hastalıkların “fizyolojik” ve “psiko-sosyal” kökenlerini ayırmak için kullanılmaktadır (Özçelik-Adak, 2015: 10).

Hastalık durumu (sickness) hasta kişinin sosyal statüsünün belirlenmesini, kimin tedavi ve ekonomik hakları elde edebileceğini ve kimin sosyal sorumluluklardan muaf olacağına karar verilmesini içermektedir (Hofmann, 2002: 657). Rahatsızlık, hasta için içsel ve kişisel bir durumken hastalık durumu sağlıksızlığın dışsal ve kamusal alanıdır. Bir bakıma hastalık durumu, sosyal bir rol, bir statü, dünyada müzakere edilmiş bir konum, “hasta” olarak nitelendirilen kişi ile hastayı desteklemeye ve tanımaya hazır bir toplumun yaptığı pazarlıktır (Marinker, 1975: 83). Parsons (2005: 23)’a göre hastalık durumu, işten geri çekilmeyi ve pasifliği içermektedir. Bundan dolayı geçici bir hastalık durumu ve işten geri çekilme potansiyel bağlamda tüm sistemin değerlerine yönelik bir tehdittir. Dolayısıyla Parsons’a göre hekim; kurulu düzenin koruyucusu, sapkınlığın kapı bekçisi ve normallüğün "kutsal" düzeninin somutlaşmış halidir.

Hastalık değerlendirmesi öz ve profesyonel değerlendirme bağlamında ele alındığında öz değerlendirme kişinin kendi hastalığına yönelik algısı olduğu için öznel bir yapıya sahiptir. Bir kişinin sürekli baş ağrısı çekmesi sağlık hizmeti almasına neden olmakta ve baş ağrısının algılanması bireyden bireye göre farklılık göstermektedir. Esasında bireylerin algıladığı unsur bir hastalık belirtisi olabileceği gibi aynı zamanda normal bir duruma işaret edebilir. Profesyonel değerlendirmede ise, hastalığın tanımlanması nesnel ve bilimsel açıdan yapılmaktadır. Bir hekim muayene ve test sonuçlarını değerlendirerek baş ağrısı şikâyeti nedeniyle gelen kimseye bir tanı koymakta ve konulan bu tanıya hastalık (disease) denmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018: 18). Hastalık, rahatsızlık ve hastalık durumu kavramları arasında birbirinden farklı yapıların -insan, hekim ve toplum- içerisinde bulunan duruma yüklediği anlamları ifade etmektedir. Bir bakıma hastalık, hekimin hastalığa meşru bir zemin oluşturmaya; rahatsızlık, bireyin içerisinde bulunduğu duruma yüklediği anlama; hastalık durumu, toplumdaki statüye işaret etmektedir. Bu bağlamda hasta olan kimsenin kendini algılayışı, hekimin hastanın “hasta” olduğunu tescillemesi ve toplumun hastayı algılaması ve sosyal statüsünün buna göre şekil alması önem arz etmektedir. Nihai olarak hastalık, toplumsal yapı içerisinde önem arz eden, insanların hayatını etkileyen ve anlam yüklenen bir özelliğe sahiptir.

2.3. Toplumsal ve Kültürel Bağlamda Hastalık

Kültürün, herkese göre ortak bir manasının ortaya konmasının zorluğu ve geniş boyutları nedeniyle üzerinde uzlaşılan kesin bir tanımı bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra insanların yarattığı bütün değerlerin ve ürünlerin kültürü meydana getirdiği bilinmekte ve kültür, bir toplumun yapısıyla ilgili bir öz ile açıklanmaktadır. Toplumsal yapıların kuruluşu ve işleyişi bir bakıma kültürün ana yapısını ve boyutlarını meydana getirmektedir. Toplumsal yapılar ise kendini oluşturan öğelerin durumları ile ifade edilmekte ve öğeler arasında uyumlu birlik olması halinde toplumsal yapının sağlıklı olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Çeçen, 2020: 10). Kültür insanların yaşamını şekillendiren bir etkiye sahip olmasından ötürü sosyal hayatın anlaşılması ve yorumlanması bağlamında önemli bir mihenk taşıdır. Bir bakıma kültür, toplumsal yapıyı okuma ve kavrayabilmek için araştırmacılara yol gösterici bir misyon üstlenmektedir. Bu bakımdan sosyal hayatın içerisinde cereyan eden her unsurun kültür ile bir ilişkisi bulunmakta ya da başka bir deyişle bu unsurlar kültür ile şekillenmektedir. Hasta, hastalık, hasta olmak gibi olgular bilindiği üzere kültür ile inşa edilmektedir.

Hastalık olgusu, bir varlık alanı içerisinde, her şeyden evvel insan ve insana yönelik davranışları içermektedir. Toplumun gerçeğini şekillendiren insan unsurunun yeri, eylem tarzı, inançları, normaları, kültür ve değerler sistemi hastalık ile iç içe geçmiş bir yapıdadır veya bir başka ifadeyle hastalık, toplumsal sistemin bir unsurudur. Bu nedenle hastalığın soyut bir kavram olarak görülmesi yanlış bir bakış açısidir. Aksine hastalık; bireylerin rol, statü, norm ve yönelim biçimlerini oluşturan ilişkiler ağının bir parçasıdır (Türkdoğan, 2016: 11). İnsanın sosyo-kültürel bir varlık olduğu bir gerçektir; bundan ötürü insana dair toplumsal olguların da sosyo-kültürel bir alt yapısı vardır. Bu bağlamda sağlık ve hastalığın tıp ve toplum ile ilgisi olduğu kadar kültürle de içli dışlı bir yapısı vardır. Hastalık ve sağlık farklı kültürlerle göre bambaşka biçimler almakta ya da insanların hastalık ve tedavi arama şekilleri kültürler aracılığıyla şekillenmektedir (Açıkgöz, 2021: 117). Can (2019: 135)'a göre bir birey toplumsallaşma sürecinde sosyal rolleri ve davranış kalıplarını nasıl öğreniyor ise aynı şekilde sağlık ve hastalığa ait tutum ve algıları da toplumsallaşma sürecinde kültürel aktarımla kazanmaktadır.

Hastalık hem toplumsal hem de kişisel boyutları olan bir olgudur. Bu bakımdan bir kişi hasta olduğunda sadece kendisi acı ve sıkıntı çekmemekte, o kişiye yakınındaki insanlar ilgi ve şefkat göstererek destek sağlamaktadır (Giddens, 2012: 309). Halkın gözünde hasta; “merhamete muhtaç”, “yaptığı hareketler çirkin olsa dahi anlayış gösterilmesi gereken kişidir; çünkü o hastadır ve etrafındakiler ona bakmakla sorumludur”, “sağlam bir kimse hastadan hakaret görse dahi diğerleri hastaya hak verir”, “çünkü hasta adeta çocuk gibidir, çocuğa kızmak yerine nasihat etmek gerekir” olarak görülmektedir (Türkdoğan, 2016: 81).

“Hasta ziyaretine gitmek” toplumda oldukça kabul gören bir davranıştır ve hasta; ziyaret ve teskin edilen kimsedir (Korkmaz, 2020: 34). Hastalığın etkisi bireyin kendisi ile sınırlı kalmadığı için ailesine ve çevresine de yansıyan bir yönü bulunmaktadır. Aile ve çevresinde hastaya karşı ilgi artmakta, acıma ve şefkat duyguları gelişmekte, o kişiye yardım etme ve onunla dayanışma içerisinde olma gayreti cereyan etmektedir. Öyle ki aile bireylerinin ya da çevrenin hastaya vakit ayırmaları ve bazı harcamalarda bulunmaları gerekmektedir. Hastanın evinde ya da sağlık kuruluşunda hizmet almasına bakılmaksızın ziyaret edilmesi insani ve kültürel bir hassasiyettir (Bostan, 2022: 44). Yanı sıra hastalık, insana sorumluluklarını yapmama hakkı tanımaktadır. Aynı zamanda hastalık, dinî değerlere sıkı sıkıya bağlı olan toplumlarda hastalara merhamet etmeyi ve hastaya karşı duyarlı olunması gerektirdiğini çağrıştırmaktadır. Bunun yansıması olarak toplumda hastaya ilgi, ziyaret ve yardım gibi uygulamalar gerçekleşmektedir (Kılıç, 2018: 57-58).

Türkdoğan (2016) *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi* adlı eserinde sağlık-hastalık ve toplumsal sistem ilişkilerini şu başlıklar altında ele almıştır: “İnanç veya bilgi, bir unsur olarak duygu, hedef veya maksat, bir unsur olarak norm, statü ve rol süreci, bir eleman olarak saygınlık, iktidar, yaptırım süreci ve kolaylık.” Bahsi geçen bu unsurlardan statü ve rol süreci ekseninde işlevselcilik yaklaşımı açısından “hasta rolü” kavramı ön plana alınarak konu tartışılacaktır. Nitekim bu kavram hasta kimsenin rol ve sorumluluklarını ifade etmesi açısından önemli bir kapı aralamış ve hastanın yasal bir zeminde hastalığının meşruiyet kazanmasını sağlamıştır.

2.4. Hasta Rolü ve Temaruz

Parsons'ın hasta rolü kavramı kendisinin genel işlevselcilik modelinin bir parçasıdır. Parsons, toplumların nasıl dengede kalabileceklerini araştırmış ve dengenin ancak insanların kendilerinden önce toplumda belirlenmiş davranış kalıplarını sergilemeleri halinde mümkün olduğunu ileri sürmüştür. Örneğin toplumda bir anne, baba ve öğretmen nasıl davranması gerektiğine dair kabul görmüş davranış kalıpları bulunduğu gibi aynı şekilde bir hekim ve hasta için geçerli birtakım roller ve sorumluluklar vardır. Hasta ve hekim belli bir güven içerisinde birbirlerine yaklaştıkları takdirde aradaki ilişki “ideal bir tip”tir (Cırhinlioğlu, 2019: 54). Parsons (1951: 452-453) hastalığı, sosyologların “sapkın” davranış olarak ele aldıkları davranışın özel bir türü olarak ifade etmiştir. Sapkınlıktan kasıt, bireyin dâhil olduğu bir veya daha fazla rolün kurumsal olarak tanımlanmış beklentileri bir şekilde yerine getirememesidir. Esasında hasta kişi, normal sosyal yükümlülüklerini yerine getirmekten bir şekilde muaf olmaktadır. Turner (2017: 51)'a göre hasta olmak, bireyin bazı sorumluluklardan muaf olmasını ve bir tedavinin uygulanmasının kabulü anlamına gelmektedir. Bundan ötürü Parsons hastalığın meşrulaştırılması ve sosyal açıdan kontrol edilmesi gereken sapkın bir davranış olduğunu ifade etmiştir. Öyle ki hasta rolü sosyal kontrol aracı olarak önemli bir işleve sahip olmakta ve kişinin eski toplumsal rollerine dönebilmesini sağlamaktadır.

Parsons (1951: 455-456) “hasta rolü” kavramını ve hastanın yerine getirmesi gerekenleri şöyle ifade etmiştir:

- İlk olarak hasta normal sosyal yükümlülüklerinden bazılarını yerine getirmekten muaftır. Parsons, “Johnny'nin ateşi var, bugün okula gitmemesi gerekiyor” örneği üzerinden uygulanacak olan muafiyetin ve ne zaman uygulanıp uygulanmayacağını hafife alınmaması gerektiğini dile getirmiştir. Psikiyatristler, akıl hastalığının "ikincil kazancı"nın motive edici önemine yeterince aşına olduklarından hasta olmanın ayrıcalıklarının kötüye kullanımının tek sorununun temaruz olmadığını bilincindedirler. Nihai olarak hastanın muafiyet durumu sosyal olarak tanımlanmalı, onaylanmalı ve her “çalışmak istememe” durumu hastalık olarak ifade edilmemelidir.
- İkinci olarak hasta kimse, kendi durumuna ilişkin belirli sorumluluklardan muaf tutulmaktadır. Hasta ya kendiliğinden iyileşecek ya da kendisine bir şey

yapılarak “iyileşmesi” sağlanacaktır. Öyle ki hastanın sadece kendi iradesiyle “kendisini toparlaması” ve böylece iyi olmaya karar vermesi makul bir beklenti değildir. Dikkatsiz bir şekilde kaza veya enfeksiyona maruz kalması halinde bile iyileşme sürecinden sorumlu tutulmamalıdır.

- Yükümlülüklerden ve belirli sorumluluklardan muaf olmanın bir bedeli bulunmaktadır. Hasta rolünün üçüncü yönü, tam meşruiyet iddiasından yoksun olmasıdır. Hasta olmak, toplumsal bağlamda istenmeyen ve mümkün olduğunca çabuk kurtulunması gereken bir durumdur. Hiç kimseye gerektiğinden uzun süre hasta olma ayrıcalığı tanınmamalı ancak “elinden bir şey” gelmediği sürece hasta statüsü verilmelidir.
- Son olarak hasta olmak, “yardıma muhtaç” olmaktır ve bu yardımı ancak başta hekimler olmak üzere hastalığa bakma noktasında özel olarak eğitilmiş kişiler sağlayabilmektedir. Hasta olmayan diğer insanlara göre hasta kimse, hasta rolüne geçiş yapmakta ve hastanın iyileşmeye çalışma sürecinde özellikle hekimiyle “iş birliği yapma” gibi bazı sorumlulukları bulunmaktadır.

Parsons’a göre en büyük sistem toplumdur ve toplum, birey-birey ilişkisine indirgenebilen alt sistemlere bölünür. Sosyal sistemlerin uyumu ve dengesi ancak toplumsal rollerin yerine getirmesiyle olmakta ve belirlenmiş bu davranışların sergilenmesi sistemin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Parsons bu bağlamda hekim ve hasta statülerini ele almış, hastalığın ortaya çıkması halinde hekimin ve hastanın, statüsünün gerektirdiği davranışları ifade etmiştir. Öte yandan hastalık, bireylerin rol beklentilerini yerine getirememelerini meşru bir zeminde sağladığı için sistem için uyumsuz ve dengesiz bir niteliğe sahiptir. Hasta kimse sistemden aldığı belge ile resmi şekilde hasta statüsü elde etmekte ve bu sayede sosyal anlamda korunmakta ve kontrol altına alınmaktadır. Aslında bu kontrol mekanizması ile hastalığın bir araç olarak kullanılmasının önüne geçilmektedir (Oskay, 1993: 111-112). Parsons’ın hasta rolü kavramı, hasta olmanın hasta kişinin kasıtlı ve bilinçli bir seçimi olmadığı varsayımına dayanır, ancak hastalık, enfeksiyona veya yaralanmaya bile isteye maruz kalmanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Suçlu biri “istediği” için toplumsal normları ihlal ederken hasta “elinden gelmediği” için sapkın olarak nitelendirilmektedir. Yine de bazı kimselerin sorumluluklarını yeterine getirmemek için hasta gibi davrandıkları bilinmektedir. Hasta olmak, istenmeyen bir durum olduğu için hasta tıbbi tavsiye

almalı ve iyileşmeyi istemelidir. Bir bakıma hastalık, işlevselsizliktir ve sosyal sorumluluklardan kaçmaya izin veren bir yapısı vardır (Cockerham, 2017: 212).

Hasta rolü kavramı ifade edildikten sonra Parsons'ın ortaya koyduğu hekimin rol ve sorumluluklarına değinmek gerekmektedir. Parsons (1951: Akt. Cırhinlioğlu, 2021: 55) bunları şu şekilde ortaya koymuştur;

- Hekimler, hastalığın iyileşmesi adına yüksek düzeyde bilgi ve becerilerini uygulamaya koyacaktır.
- Şahsi çıkarları veya para ön planda olmayacak, kamunun çıkarı ve hastanın iyileşmesi adına davranışlar sergilenecektir.
- Hekimlerin tarafsız olması ve duygusal davranmaması önemlidir. Kendi değerleriyle hastanın davranışlarını anlamlandırmak yanlış bir davranıştır.
- Mesleğin gerektirdiği kurallara uyacaklardır.
- Hekimlerin ayrıca bazı hakları vardır; hastanın fiziksel ve bireysel hayatını bilme, mesleki özerkliğe sahip olma ve hastası ile olan ilişkide hâkimiyetin hekimde olması gibi.

Hasta rolü, hastalığı toplumsal bağlamda incelemiş ancak sonrasında bu kavrama birtakım eleştiriler getirilmiştir. Giddens (2012: 312) bu eleştirileri şu şekilde ifade etmiştir; bazı yazarlara göre hastalığın deneyimini yakalamada hasta rolünün başarısız olarak görülmesi, hasta rolünün benimsenmesinin kolay olmaması ve hastaya teşhis konulana dek hasta olarak görülmemesi, bir kişiye hasta rolünün layık görülmesinin toplumsal cinsiyet, sınıf ve ırk gibi değişkenlere göre farklılık göstermesi ve modern toplumlarda akut hastalıklardan kronik hastalıklara doğru yaşanan geçişin hasta rolünün uygulanmasında zorluklar meydana getirmesidir. Parsons'ın modeline getirilen eleştirilerden bir diğeri ise hekim ile hasta arasında bir çatışma çıkması halinde neler olabileceği noktasına vurgu yapılmamasıdır. Bu noktada hekim herhangi bir sağlık durumunun iyi veya kötü olduğuna yönelik karar verecek tek mercidir. Bir kişi -resmi bir çalışan- hastalandığında hekimin onayını almadan meşru zeminde hasta olarak görülmemekte ve o kişinin işinden izin alabilmesi hekimin onayına bağlanmaktadır. Oysaki bir kişinin gerçekten hasta olup olmadığını anlamak veya buna karar vermek o kadar kolay değildir. Birçok durumda hastalığın durumunun saptanması ancak hastanın beyanına göre olduğu için kimi zaman kişi gerçekten hasta

olsa bile hekim, hastanın numara yaptığını düşünebilmektedir. Öte yandan hekimin vereceği karar bazı davalarda -adli davalarda- önem arz etmekte ve hekimin bilgisine göre karar şekillenmektedir (Cirhinlioğlu, 2019: 56-57).

Çağdaş dünyada hekim-hasta ilişkisinin gelenekselden farklılaştığı, hastanın artık geleneksel dönemde olduğu gibi pasif bir konumda olmadığı yadsınamaz bir gerçektir. Ayrıca hastalıklar; artık hastane ve hekimin ofisi ile sınırlı kalmamış, klasik hasta rolünün dışında davranış kalıpları ya da eylemler ortaya çıkmıştır (Tecim, 2014: 77). Nitekim “hasta rolü” kavramı değişikliğe uğramıştır. Artık hastalık; kaçamak, dinlenme, zevk alma gibi duygularla bağdaştırılmakta ve özellikle grip, nezle, burkulma, kırık-çıkık ve küçük operasyonlar kapitalist üretim dinamikleri içerisinde çalışan çoğu işçi için adeta istenen bir durum halini almaktadır (Can, 2019: 86).

Hasta rolü, bireyin kronik olarak zarar görmesi ya da hastaymış gibi davranması ve kişinin suçlanmayacak biçimde pek çok sorumluluktan kaçmasına imkân sağlamaktadır. Aynı şekilde hasta rolü kişinin daha sık ziyaret edilmesini, hastalığa özgü gruplara ve ağlara katılmasını, paraya ve diğer kaynaklara erişimini kolaylaştırmaktadır. Öte yandan hasta rolünün sosyal statü -mesela bir hastanın hastalığı temelli bir yardım kuruluşunun sekreteri ya da başkanı olması- kazanma gibi bir özelliği de bulunmaktadır (Bass ve Wade, 2019: 100). Bu açıdan Aho ve Aho (2008: 60) hastalığı; köle, ezilen bir işçi, hoşnutsuz bir eş yahut canı sıkılan bir öğrenci için sorumluluklardan kaçışı sağlayan bir yol olarak nitelemiştir.

Hastalık; bireylerin toplumsal yaşamında birtakım değişikliklere neden olmaktadır. Bireylerin bu yeni rol, hasta rolü ile sorumlulukları ve diğer insanlarla ilişkileri de değişmektedir. Hastalığın hangi kültürel ve toplumsal bağlamda ele alındığı fark etmeksizin kişinin hastalığı bir *yönlendirme* aracı olarak kullanmasının önüne geçmek önem arz etmektedir. Öyle ki hastalığın bireyler için bazı işlevleri bulunmaktadır (Oskay, 1993: 101). Bunlar ise şu şekilde ifade edilmektedir: *İlk olarak hastalık dayanılmaz baskılardan kurtulmanın yoludur* (Oskay, 1993: 101). Bir örnek üzerinden bu durumu anlatan Clark (1959: 154-155; Akt. Foster ve Anderson, 1978: 151) California’da yaşayan Meksikalı, altı çocuklu çiftçi bir ailenin maddi zorluklar yaşadığını ve buna rağmen kocanın kardeşi, eşi ve beş çocuğu ile aynı evde kalmaya geldiklerini ifade eder. Bu süreçte üç odalı evde 15 kişi kalmakta ve bütün masrafları

evin erkeği karşılamaktadır. Bakkala ve manava artan borçlardan ötürü manav artık veresiye vermez olmuştur. Meksika kültüründe geniş ailenin uzun dönemli ziyaretleri olağan karşılandığı için evin hanımı eşinin akrabalarına bakmakla yükümlüdür. Bu dönemde evin hanımı nefes darlığı, terleme ve nabız yüksekliği şikâyeti olduğu için bunu kız kardeşi ve iki “comadres²” ile görüşüp durumu istişare eder ve nihai olarak sustoya (korku hastalığına) yakalandığı kararlaştırılır. Hastanın akrabaları ve comadres misafirlerden evi terketmelerini ister çünkü susto hastası bir kadının bu kadar kişiye bakması mümkün değildir. Hastanın durumu topluluk önünde meşru bir zeminde ele alınmış, misafirlerin gitmesinden sonra hasta kaygıdan kurtulmuş ve hastalığın belirtileri kaybolmuştur. Parsons ve Fox (1952: 35)’a göre hasta bakımı, sorumluluğu üstlenenlere, hasta kişiyi “hasta” olarak kabul etmeyi yüklemektedir. Bu kabulleniş esasında hastalığa karşı çifte motivasyonu sağlama özelliğine sahiptir. Nitekim hastalık, hasta kimsenin aile içerisinde iyi bir konumda olmasını -bir bakıma evin bütün konforunu elde etme- ve normal yükümlülüklerini yerine getirmemesini sağlamaktadır. Bu bakımdan hastalığın bazı durumlarda bireylere avantaj sağlayan bir özelliği bulunmaktadır.

İkinci olarak hastalığın bireysel başarısızlığı rasyonelize etme işlevidir (Oskay, 1993: 102). Hastalık, başarısızlıkla başa çıkmanın bir formülüdür. Bu açıdan hastalığın göz yumduğu sosyal sorumluluk eksikliği, hasta nezdince pasifliği beraberinde getirmekte ve dolayısıyla hastanın olağan sorumluluklarını yerine getirerek “aktif” olması beklenmemektedir (Shuval vd., 1973: 260). Bu bakımdan insanların başarısızlıkla başa çıkabilmek için hastalığı kullandığı söylemek yanlış olmayacaktır. *Üçüncü olarak hastalık çevredekilerin dikkatini çekmeyi sağlayabilmektedir.* Bu durum yalnız yaşayan, diğerlerinden kabul göreceği noktasında şüpheleri olan, sınırdaki bireyler için oldukça geçerli bir yöntemdir. Sevgi görmemiş çocuklar bu durum açısından bir örnek teşkil etmekte yine başka bir örnek göç olgusu üzerinden verilmektedir. Kırdan kente göç bir bakıma geleneksel kültürel tabakadan kopmaya neden olmakta ve kent, insanlara yeni bir yaşam alanı sunmaktadır. Bu dönemde insanların, zorluklarla karşı karşıya kaldığında içlerini

²Bu terim bir çocuğun annesi ile vaftiz annesi arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bu tür bir ortak ebeveynlik sistemi, çocuk vaftiz olduğunda ortaya çıkar ve kelime anlamı “eş-anne”dir (Comas-Díaz, 2013: 64-65).

döküp nasihat alabileceği kaynaklar ise sınırlıdır (Oskay, 1993: 102). Bu tarz durumlarda muhtemel çıkış yollarından birisi insanların hekimlere başvurarak içlerini dökmesidir (Balint, 1995: 683). Aynı minvalde Navaho yerlilerinin hastalık belirtilerini sergilemeleri de bir tür dikkat çekme örneğidir. Nitekim Kluckhohn (1944: 83-84) “Kızılderili danslarında” veya büyük toplantılarda aniden “bayılan” veya yarı transa geçenlerin çoğunun ihmal edilmiş yahut düşük statüde çalışan kadın ve erkekler olduğunu ifade etmiştir.

Dördüncü olarak hastalık kimileri için bir tatil olarak algılanabilmektedir. Geleneksel toplumların anne-çocuk sağlığı sistemine ilk kez müdahil olan kadınlar, geleneksel öğretilere rağmen hastanede doğum yapmak istemektedir. Bir bakıma bu durum, ev hizmeti ve sorumluluklarından kurtulmak ve nihayetinde özgür, sakin dört-beş günü hastanede geçirme isteğinden ileri gelmektedir (Foster ve Anderson, 1978: 151). *Son olarak hastalık sosyal bir kontrol aracı olabilmektedir.* Bu durumda önem arz eden hastanın çevresindekilere psikolojik baskı uygulamasıdır. Çevrede bulunan insanlar hasta ile alakadar olmadıklarında suçluluk hissetmektedirler. Öyle ki hastanın kurmaya çalıştığı baskı diğer insanların suçluluk duygusuna kapılmasına neden olmaktadır. Mesela kronik bir hastalığı olan dul bir anne istediklerini yaptırmak için hastalığını çocuklarına karşı kullanılabilmektedir (Oskay, 1993: 103).

Bir kişinin gerçekte hasta olmadığı halde hastaymış gibi davranmasının birtakım faydaları olduğu bilinmektedir. Tecim (2014: 82) bunları şu şekilde ortaya koymuştur;

- *İlgi çekmek:* Bazı toplumsal çevrelerde hasta olmak dikkat çekmeyi sağlamakta ve bazı kişiler sırf ilgiyi üzerine çekmek için baş ağrısı, halsizlik gibi rahatsızlıkları varmış gibi davranabilmektedir. Kimi zaman bu tarz “rahatsızlık kurgularının” bir kişinin dikkatini çekmek için yapılması muhtemeldir.
- *Sosyal statü elde etmek:* Türk toplumunda hastaların özel bir yeri olduğu için kimi zaman hastalık sayesinde insanlar bazı statüler elde edebilmektedir. “Sosyal rol yoksunu” veya çalıştığı statüdeki rolleri sergilemek istemeyen bireyler için “hasta” olmak istenen statünün kapılarını açan bir anahtardır.
- *Sorumluluklardan kaçmak:* Kişilerin mevcut rollerinin artık kendilerine ağır gelmesi, bu rollerden kaynaklı fayda sağlanmayacağı düşüncesi, bambaşka bir

sosyal rol sergileme isteği, mevcut rollerden bireylerin kimi zaman sıkılmaları, yanlış olan bir eylemin sonuçlarına katlanmama isteği gibi pek çok durumda insanlar sorumluluklarından kaçmak adına hastaymış gibi davranabilmektedir.

- *Maddi gelir elde etmek*: Goffman'ın "itilmiş sapkınlar" ya da "damgalanmış bireyler" olarak ifade ettiği grubun bir kısmı (dilenciler) bu kapsamda yer almaktadır. Neredeyse her toplumda hastalık kabul gören bir unsur olduğu için dilenciler de hastalığı bahane etmektedir. Kimi zaman engelli rolü oynayan bireyler de maddi kazanç sağlamak adına hasta gibi davranabilmektedir.

Sağlıklı olmak veya hasta olmamak bir bakıma herkes tarafından arzu edilen bir olgu gibi görünse de temaruz kavramı bunu başka bir boyuta taşımaktadır. Cederström ve Spicer (2022: 132) Karl Ove'un hikâyesi üzerinden bu noktaya ayak basmıştır. Ove, kendini dört sene içerisinde yalnızca iki kere huzurlu hissettiğini -ciddi bir hastalık ya da sakatlık yaşadığında- ifade etmiştir. Hasta olmak bir bakıma ona, gündelik hayatın sorumluluklarını yerine getirmekten kurtulma ve rahatlama imkânı sağlamıştır. Foster ve Anderson (1978: 148-149)'a göre pek çok insanın sağlığı hastalığa tercih ettiğine yönelik bir algı vardır. "Herkes sağlıklı olmak ister" ifadesi halk sağlığı programlarında sıklıkla dile getirilse de neredeyse herkes hastalığı bir noktada stresli durumlardan geçici olarak kurtulmada bir araç olarak görmektedir. Nitekim pek çok insan erken yaşlarda hasta olmanın özel ayrıcalıklar getirdiğini öğrenmektedir. Mesela küçük bir çocuk çok geçmeden soğuk algınlığı ve boğaz ağrısının okula gitmeme isteğindeki manipülatif etkisini kavramaktadır. Aynı şekilde yetişkinler de bir veya iki gün soğuk algınlığı nedeniyle normal rutinlerinden kopabilmektedir ki bu ender karşılaşılan bir durum değildir.

Hastalık, iş yaşamının -veya genel anlamda günlük yaşamın- sonsuz taleplerinden bir kaçış olarak düşünölmektedir (Cederström ve Spicer, 2022: 132). *Bir Metafor Olarak Hastalık* adlı eserinde Susan Sontag (1978: 33-35) verem ve kanser üzerine yaptığı incelemede veremin, 19. yüzyılın başlarından itibaren seyahat ağırlıklı bir yaşamı beraberinde getirdiğini ileri sürmüştür. O döneme kadar verem için ne seyahat etme ne de senatoryumda izole olmak gibi bir tedavi yöntemi uygulanmamıştır, ancak bir süre sonra tedavi, verem hastalarına iyi geldiği düşünölen özel yerlerde yapılmaya başlanmıştır. Bu açıdan hastalık, bir kararın sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalmadan dünyadan çekilmenin bir yoludur. Bu durumu Thomas

Mann'ın *Büyülü Dağ* eserinden örneklendirerek ifade eden yazar, Hans Castorp'un vereme yakalandığı süreçte gerçekten maddi ve manevi sorumluluklarından arındığı bir zaman geçirdiğini ifade etmiştir.

Szasz (2013)'a göre hastalık ya da engellilik işlev, gelir, özgürlük ve yaşam kaybıyla sonuçlandığı gibi hasta rolü, bir hastalık olsun veya olmasın, o role bürünen kimsenin ayrıcalıklar elde etmesini, para kazanmasını, kendisinden esirgenen imkânlara kavuşmasını sağlamaktadır. Çocukların, yaşlıların, mağdurların, hekimlerin, akademisyenlerin ve daha birçoklarının hasta numarası yapmak için güçlü varoluşsal ve ekonomik dürtüleri bulunmaktadır. Hasta olmak ya da başkalarınca bu şekilde görülmenin yararlı olduğu pek çok durum bulunmaktadır. Öyle ki hasta numarası yapmayı neredeyse kaçınılmaz kılan bu özelliktir. “Kaç insan çekici bulmadığı bir sosyal sorumluluktan kaçmak için hastalık bahanesiyle kaytarmamıştır?” sorusu bu bağlamda birtakım ipuçları vermekte ve konuyu aydınlatmada yarar sağlamaktadır. Bu açıklamalardan yola çıkıldığında hastalık insanın bir başkasına muhtaç olduğu, kendi ihtiyaçlarına yetemediği, hastaya karşı vicdani sorumluluğu gerekli kılan ve kimi insanların inançları bağlamında yardım elinin uzlatılması gereken bir olgudur. İnsanlar -kendi kültürlerinin öğretilerine göre- hastalarını ziyaret etmekte, onların birtakım ihtiyaçlarını karşılamakta, maddi ve manevi hasta kişiye destek olmaktadır. Aslında hastalığın bu özelliklerinden ötürü bazı insanlar için bir konfor ve sorumluluklardan kaçmak için fırsat sağlayan bir özelliği olduğunu söylemek doğru olacaktır. İnsanlar önemli randevularını “rahatsızım” diyerek erteleyebilmekte, okula gitmek istemiyorsa eğer ailesine biraz yorgunum ya da hastayım diyebilmekte ve hatta işe gitmemek için rapor alarak bir süre o ortamdan uzaklaşabilmektedir.

2.5. Normal Olmayan Rahatsızlık

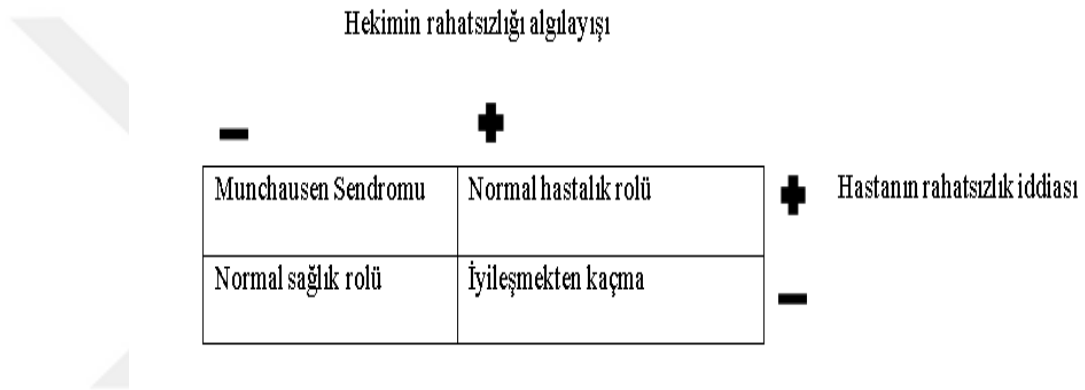
Normal ve anormalin sınırlarının belirlenmesi bağlamında ele alınan sapkınlık, işlevsel açıdan sapmadır. Esasında toplumdaki insanların rollerini yerine getiremeyip aksatmaları durumu sapkınlık olarak ifade edilmektedir (Tecim, 2014: 80). Hasta olan bir kimse sosyal kontrole ihtiyaç duymakta, çalışmadığı ve diğer önemli rollerini yerine getiremediğinden sapkın olarak görülmektedir. Parsons günah, suç ve sadakatsizlik gibi diğer sapkın davranışlardan hastalığı ayırmış ve bunu yaparken hasta rolünü tanımlamıştır (Brody, 2003: 54). Sapkınlık, toplumun normatif beklentilerine

aykırı davranış olsa da hastalığın kendisinin sosyal normlara aykırı olmadığı bilinmektedir. Herhangi bir toplumun üyelerinin ara sıra hasta olmaları kaçınılmaz bir gerçekliktir. Hasta olan insanlar sağlıklı olma normundan farklıdır, ancak bu durum onları sapkınlık kavramının ima ettiği gibi kötü bir insan yapmamaktadır. Hastalık, pek çok insanın -tıpkı hapse girmek istemediği gibi- kaçınmayı tercih ettiği anormal bir durumdur. Bu bakımdan hasta rolünün, toplumun hastalarla başa çıkma yöntemiyle (kişilerin hekime gitmesi, hastaneye yatması) birlikte irdelendiğinde sapkınlık olarak hastalık kavramı daha net ortaya konmaktadır (Cockerham, 2017: 228-229).

Merton'ın Sapma Kuramı ve anomi kavramına bu bağlamda vurgu yapmak gerekmektedir. Durkheim, *anomie* kavramını intiharı açıklamada bir sapma biçimi olarak ele almıştır. Ona göre *anomie*, düzenleme eksikliği veya normsuzluk anlamına gelmektedir. Merton ise bu kavramı, kültürel amaçlar ile bunlara varmanın meşru yolları arasındaki kopukluk şeklinde izah etmiştir (Merton, 1957 Akt. Wallace ve Wolf, 2020: 93-94). Merton sapma kuramını “kazanma” ve “başarıya” atıfta bulunan Amerikan kültürü üzerinden izah etmiştir. Ona göre, nüfusun büyük bir çoğunluğunun meşru araçlarla menfaatlerine ulaşamadığı toplumlarda bireyler, “başarı kültürü”nün amaçlarını gerçekleştirmek için meşru olmayan yöntemleri deneyebilmekte ve sonucunda sapma durumu gerçekleşmektedir (Merton, 1957; Akt. Turner, 2017: 52). Turner (2017:52) Merton'un ortaya attığı bu bakış açısından hareketle alternatif bir hasta rolü şeklinin hastalıkla ilgili kalıcı bir çözüme dönüşebileceğini ifade etmiştir. Bu bakımdan hasta olmak, kişiye hastalığından ötürü sorumluluklarından arınmayı ve başarı normuna endekli bir sanayi toplumunun gerekliliklerini yapmamayı sağlamaktadır. Hekim, hastanın birtakım toplumsal rol ve sorumluluklarından kurtulabileceği onayını veren makamda yer almaktadır. Bu bakımdan “hekimin hastayı iyileştirme gayreti” ile “hastanın hastalığı devam ettirme” durumu arasında açık çatışmalar olması kaçınılmazdır.

Bir kişinin gerçekte hasta olmamasına rağmen hastalık davranışı sergilemesi (ve üstelik kendini hasta olarak görmesi ya da diğerlerince hasta olarak görülmesi) mümkündür. Bu bakımdan “normal olayan hastalık davranışı”nın üzerinde durmak gerekmektedir. Bu kavram; bir hekimin, muayenesi ve değerlendirmesine dayalı şekilde hastalığın doğası ve izlenecek tedavi hakkında makul seviyede anlaşılır açıklama sunmasına rağmen bireyin kendi sağlık durumuyla ilgili olarak uygunsuz

algılama, hareket ve değerlendirme tarzının devamı şeklinde ortaya konmaktadır. Ayrıca hasta ile hekimin, rahatsızlığın niteliği noktasında düşükleri fikir ayrılığı nedeniyle normal olmayan rahatsızlık davranışı sınıflandırması yapılmıştır. Bu sınıflandırmada “rahatsızlığı ileri süren” ve “rahatsızlığı reddeden” davranışlar birbirinden ayrılmıştır. Temaruz ise rahatsızlığı ileri süren sınıflandırması altında ele alınmış ve temaruzun bilinçli ve motivasyon ağırlıklı bir özellik taşıdığı ifade edilmiştir (Pilowsky, 1978: 133-134). Pilowsky’nin öne sürdüğü sınıflandırmayı geliştiren Turner hastalığın mevcudiyeti noktasında hekim ve hastanın algıları bağlamında bir şekil geliştirmiştir.



Şekil 3. Normal ve Normal Olmayan Rahatsızlık Davranışı (Turner, 2017: 53)

Yukarıda yer alan şekle bakıldığında hastanın rahatsızlık iddiası ile hekimin algılayışı noktasında bir kesişme olduğu ifade edebilir. Hastanın iddiası ile hekimin hastalığı algılayışı aynı ise normal hastalık rolü, hastanın iddiası ile hekimin algılayışı noktasında herhangi bir rahatsızlık yoksa normal sağlık rolü ve hekim herhangi bir rahatsızlık olduğuna dair bir fikirdeyken hastanın aksi yönde bir ifadesi varsa kişinin iyileşmekten kaçtığı bir durum mevcuttur. Bunların haricinde şekilde dikkat çeken bir unsur ise hekimin herhangi bir hastalık olmadığını algılamasına karşın hastanın rahatsızlık noktasında iddiasını sürdürdüğü Munchausen Sendromu’dur. Bu kavram temaruzu ele alan birinci bölümde ilişki durumlar başlığında altında açıklanmıştır. Öte yandan asıl üzerinde durulmak istenen nokta temaruzun bu bağlamda ele alınması ve yorumlanmasıdır. Bir bakıma temaruz hekimin rahatsızlığı algılamadığı ancak hastanın birtakım ikincil kazançlarla motive olduğu ve hasta olduğuna dair iddiasını sürdürdüğü bir noktada kendine yer bulmaktadır.

2.6. Hastalık ve Medikalizasyon

Medikalizasyon kavramı üzerine sosyal bilimciler ve diğer analistler 1970'lerden beri kafa yormuştur (Conrad, 2005: 3). Kavramın bugünkü noktaya gelmesinde Talcot Parsons, Irving K. Zola, Peter Conrad ve Ivan Illich gibi düşünürlerin çalışmaları ön ayak olmuş ve zaman geçtikçe modern tıba yönelik başkalıdırıyı simgeleyen bir kavram haline gelmiştir (Erdem, 2023: 157). Medikalizasyon, *“Bir sorunu tıbbi terimlerle, genellikle bir hastalık veya bozukluk olarak tanımlamak veya onu tedavi etmek için tıbbi bir müdahale kullanmak.”* şeklinde tanımlanmıştır (Conrad, 2005: 3). Medikalizasyon bir sorunu ortaya koymak için tıbbi bir dil kullanmak, problemi anlamak adına tıbbi bir çerçeve benimsemek ya da sorunu “tedavi etmek” için tıbbi bir uygulama tercih etmektir. Bu unsurlar, tıp mesleğini içeren ya da içermeyen, tıbbi bir sosyal kontrol ya da tıbbi tedaviye neden olan veya tıp mesleğinin kasıtlı şekilde genişlemesinin sonucu olabilen sosyo-kültürel bir süreci doğurmaktadır. Medikalizasyon, daha evvel tıbbi olarak nitelendirilmeyen fakat tıbbileştirilen (ve çoğunlukla uygunsuz bir biçimde tıbbileştirildiği düşünülen) sorunlara odaklanmakta ve esasında bu kavram tıbbi terimlerle tanımlanmaya başlayan bütün sorunları kapsamaktadır (Conrad, 1992: 211).

1980'lere gelindiğinde, tıbbın organizasyonunda sağlık konularında önemli sonuçları olan bazı köklü değişiklikler yaşanmıştır (Conrad, 2005: 4). 20. yüzyılda tıp, bir sosyal kontrol kurumu olarak genişlemiştir. En soyut düzeyde tıbbi sosyal kontrol, tıbbi bir bakış açısının belirli olguların baskın tanımı olarak kabul edilmesidir (Conrad ve Schneider, 1992: 259). Aynı şekilde Zola (1972: 210)'ya göre tıp, din ve hukuk gibi daha geleneksel kurumları bir kenara itip önemli bir sosyal kontrol mekanizması haline gelmiş ve ahlaki açıdan tarafsız ve objektif olduğu varsayılan uzmanlarca mutlak ve çoğu zaman nihai kararların verildiği yeni bir hakikat kurumu olmuştur. Bu durum hekimlerin sahip olduğu siyasi güç yoluyla değil, günlük yaşamın büyük bir kısmını “tıbbileştirerek” ve tıbbın “sağlıklı” ve “hasta” etiketlerinin insan varoluşunun giderek artan bir kısmıyla ilgilenmesi sonucunda olmuştur.

Szasz (2007: 42) tıp biliminin, doğa bilimlerinin bir parçası olduğunu ve titizlikle uygulanan kavramlar ve tekniklerle maddi dünyanın -insan bedeninin- ampirik olarak incelenmesiyle ilgilendiğini ileri sürmüştür. Ona göre tıbbi uygulama ekonomik, dini, ideolojik ve siyasi çıkarlar tarafından şekillendirilen bir tür insan

hizmetidir. Açıkgöz (2021: 40) ise temelde sağlık sektörünün bir hizmet sektörü olduğunu ancak yaşanan gelişmeler neticesinde giderek en kârlı sektör haline geldiğini beyan etmiştir. Sağlığın bir erdem olarak görülmesi, yalnızca sakatlık ve hastalık durumlarında değil, normal sağlık pozisyonlarında dahi gerek sağlığı korumak ve gerek ideal sağlık tanımlarına girmek için sağlık kurumlarına ve ürettiği ürünlerine olan talebi arttırmıştır. Aynı minvalde konuya dair Ivan Illich'in görüşleri dikkat çekicidir. Illich (2014: 80)'e göre bir yığın sağlık meslekleri aynı zamanda hasta rolünün esnekliğini arttırmaktadır.

Tıbbi teknolojide meydana gelen gelişmeler, ölümcül pek çok hastalığa yönelik ilaçların ve tedavilerin bulunması, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, profesyonelleşme ile artan bilgi üretimi ve tüm bunların sonucunda yaşam süresinin uzaması neticesinde insanlar; tıp kurumunu neredeyse her sorunu çözebilecek bir otorite olarak görmeye başlamıştır. Nitekim normal/anormal olma ve anormal durumlarda ne yapılacağı noktasında başvurulması gereken en yetkili makam tıp kurumu olmuştur. Bir kimsenin nasıl hasta olduğu, hastalığının kademesi, fiil ehliyetine sahip olup olmayacağı, ölümünün nasıl olduğu, yaptığı eylemlerin hastalığı ile olan bağlantısı, kazanacağı tazminatın miktarı, kimi muafiyetlerden imtiyazı (askerlik görevi), bazı fırsatları elde edebilmenin tasdiki (sürücü belgesi alma) gibi pek çok konuda tıp “bilirkişi” rolünü üstlenmiştir (Erdem, 2023: 158). Tıp kurumu, kendine haiz olan bu otorite sayesinde toplumsal bağlamda önemli birer olgu olan sağlık ve hastalığı kontrol altına almış olabilir. Hastalık olarak görülmeyen unsurların hastalık tanımına sokulması veya hastalık olmayan unsurların tıbbi olarak ifade edilmesi tartışmaya açık bir konudur. Nihayetinde piyasa hastalıklardan beslenmeye başlamış ve her normal durum tıbbi terimlerle ifade edilebilir hale gelmiştir. Öyle ki tıbbın bir sosyal kontrol aracı olarak işlev görmesi bu anlamda önem arz edebilir. Parsons (Conrad ve Schneider, 1992: 32) ise, hastalar için hastalığın sapkınlığını koşullu olarak meşrulaştırmaya ve hastaları yeniden bütünleştirici hekim-hasta ilişkisine kanalize etmeye hizmet eden kültürel olarak uygun bir “hasta rolü” olduğunu savunmaktadır. Bu ilişki, hastalığın gruba ya da topluma verdiği zararı en aza indirmek gibi önemli bir sosyal kontrol işlevi görmektedir. Hekim ise hem hasta rolünü meşrulaştıran hem de hastayı geleneksel toplumsal rollere döndürmeye çalışan, toplumsal kontrol aracı olarak işlev gören bir yerdedir.

Medikalizasyonun toplumsal sonuçlarını ortaya koyan Conrad ve Schneider (1992: 248-251) bunları, “*sorumlulukların yer değiştirmesi, tıbbın ahlaki açıdan tarafsız olduğu varsayımı, uzman hâkimiyeti, tıbbi sosyal kontrol, toplumsal problemlerin bireyselleştirilmesi ve sapkın davranışın depolitizasyonu*” şeklinde ifade etmiştir. *Sorumlulukların yer değiştirmesi* hususunun temaruz davranışı açısından irdelenmesi gerekmektedir. Conrad ve Schneider (1992: 248)’a göre bir davranışı tıbbi bir sorun olarak ifade etmek bireyin sorumluluğunu ortadan kaldırmakta ya da azaltmaktadır. Szasz (2013)’a göre yukarıdan -zor yoluyla- tıbbileştirme ile aşağıdan -hasta numarası yapana koşullarınca “dayatılan”- tıbbileştirmenin ayırımına gidilmesi gerekmektedir. Yukarıdan tıbbileştirmede hastaneye kapatma/toplumsal kontrol, aşağıdan tıbbileştirmede ise delilik savunması/mazereti söz konusudur. Bu açıklamalardan anlaşılacağı üzere her unsurun tıbbi bir zemine iliştirilmesi neticesinde hasta statüsüne geçmek kolaylaşmaktadır. Bir davranışın tıbbi bir problem şeklinde ele alınması yalnızca birtakım tanı ve tedavileri beraberinde getirmemekte, aynı zamanda insanların o tanımlama neticesinde sorumluluklarından arınmasını sağlamaktadır. Hastalık, sosyal bağlamda hasta kişiye kimi ayrıcalıklar sunan bir olgu olduğu için her durumun izahının tıbbi terimlerle yapılması hastalığın kullanılan/kullanılması mümkün yönüne dikkatleri çekmektedir.

2.7. Örgütsel Bağlamda Temaruz

İnsan faktörü, işletmelerin verimliliğini etkileyen en önemli unsurdur. Çünkü işletmelerin maddi kayıp yaşadıklarında bunu yerine koyabilmeleri mümkünken personelin alışkanlık ya da yanlış davranışından ötürü ileri gelen zararları telafi etmeleri zordur (Örücü ve Kaplan, 2001: 93). İşletmelerin amaçlarına hizmet etmeyen bu tür davranışlar nedeniyle işletmeler maliyet ve zararlara katlanmaktadır. Bundan ötürü işgörenlerin bu tarz davranışlarını anlayabilmek önem arz etmektedir (Şahin, 2011: 25).

İşletmelerin faaliyetlerine devam edebilmesi için insan kaynağı önemli bir lokomotif olarak ele alınabilir. Bundan ötürü çalışanların işletmede olmaması ya da bulunsalar dahi iş görmemeleri örgütsel açıdan üzerinde durulması gereken bir konudur. Aracı (2016: 366)’ya göre “*çalışan yokluğu*”, çalışanların bazı sebeplerle işinin başında fiziken yer almaması veya bulunsalar yine çeşitli nedenlerle fiilen iş verimine katkı sağlanmaması durumudur. Gönüllü (mazeretsiz) devamsızlık, temaruz,

gizli işsizlik ve işte var olamama gibi çalışan yokluğu durumları bulunmakta, son dönemde bu yokluk türlerinden kaynaklı işletmeler maliyet artışlarına katlanmakta ve verim kaybı yaşamaktadır.

Bunları ifade ettikten sonra çalışanların işinin başında yer almamasını ya da olsalar dahi işlerini yapmamalarını ifade eden örgütsel davranış kavramlarına değinmek önem arz etmektedir. Bu nedenle işe devamsızlık, işte varolamama ve gizli işsizlik kavramlarına dair kısaca bilgiler verilecektir. Bu noktada önem arz eden husus, bu kavramların aynı temaruz gibi işletmelerde bazı sorunlar meydana getirdiği ve temaruzdan farklı olan unsurlarının ortaya konmasıdır.

İşe Devamsızlık (Absenteeism): İşe devamsızlık, genel bir ifadeyle planlanan bir iş için işgörenin hazırda olmamasıdır (Johns, 2002: 437). İşe devamsızlık noktasında ikili bir ayrım yapıldığı bilinmektedir (Nielsen, 2008: 1331). Bunlar ise “mazeretsiz işe devamsızlık” (voluntary absenteeism) ve “mazeretli işe devamsızlık” (involuntary absenteeism) olarak ifade edilmektedir (Şahin, 2011: 25). Mazeretli devamsızlıklar, kuruluşun kabul edilebilir bulduğu nedenlerden (örneğin hastalık) kaynaklanmakta iken tam tersine mazeretsiz devamsızlıklar kabul edilemez sebeplerden veya işgörenlerin uygun prosedürleri izlemediği durumlarda (örneğin amirini aramak) ortaya çıkmaktadır (Jex, 2002: 155).

Jex (2002: 158)’e göre bir çalışanın işe devamsızlık göstermesinin nedenleri “demografik özellikler, psikolojik unsurlar, devamsızlık kültürü ve işletme kontrol politikası”dır. Bacak ve Yiğit (2010: 31) işe devamsızlığın pek çok nedeni olduğunu ve bu durumun işletmeye ve çalışana göre değiştiğini ifade etmiştir. Özücü ve Kaplan (2001: 97-100) ise işe devamsızlık nedenlerini, “yaş, cinsiyet, aile, işyerinin uzaklığı, işyerinde uzun zamandan beri çalışma, öğrenim derecesi ve monotonluk, dönemsel faktörler, günlük çalışma süreleri, ücret miktarı ve ödeme biçimi, sigorta, işgörenin içerisinde bulunduğu çalışma grubu, yönetim tarzı ve yönetici” şeklinde ifade etmiştir. İşe devamsızlık neticesinde bazı sonuçlar -başlıcası ekonomik sonuçlar- meydana gelmekte ve doğrudan ve dolaylı şekilde yüksek maliyetlere sebep olmasından ötürü işe devamsızlık; ücret kayıpları yoluyla işgörene, işverene ve ülke ekonomisine ciddi zararlar getirmektedir (Koçak ve Yıldız, 2017: 45). Şenel (2012: 5) ise işe devamsızlığın sonuçlarını “artan işletme giderleri, çalışanların morallerin çökmesi ve

proje tarihlerinin gecikmesi” olarak ifade etmiştir. Görüldüğü üzere işe devamsızlık, bazı nedenlerle işte bulunmama yahut yer almamadır. Temaruz davranışı ise; gerek “ben hastayım işe gelemiyorum” durumu gerekse işte kalıp çalışmama halini içermekte ve bu bakımdan işe devamsızlık gerekçesidir.

İşte Varolamama (Presenteeism): Çalışanın, fiili bir şekilde işinin başında olmasına rağmen görevine tam olarak odaklanmaması sonucunda birtakım maddi ve manevi kayıplar yaşanmaktadır. Bu durum zamanla devamsızlığa ve işten ayrılmaya neden olabilmektedir (Anık Baysal, 2012: 1). Bu kavram, çalışanların işleri haricinde işyerinde tükettikleri boş zaman nedeniyle ortaya çıkan verimlilik kaybıdır (Demirgil ve Mücevher, 2017: 240). Depresyon, diyabet, alerji, tansiyon ve kalp rahatsızlıkları, astım, artrit, migren ve tükenme gibi hastalıklardan ve aile ve çalışma ortamındaki koşullardan kaynaklı işgörenler işte varolamamaktadır (Ertürk, 2020: 152). Her ne sebeple olursa olsun üretim sürecinde bulunmaması gereken bu davranış işletmeler için bazı sonuçlar doğurmaktadır. Bu sonuçları Koçoğlu (2007: 39) “motivasyonun azalması, memnuniyetsizlik, işgören devir hızının artması ve işe devamsızlık” şeklinde ortaya koymuştur. Açıklamalardan anlaşılacağı üzere işte varolamama bir çalışanın tam olarak verimli olamayacağı bir zamanda işe devam etmesidir. Temaruz davranışı sergileyenler için hastalık sığınan bir liman gibidir ve yine hastalık, işteki sorumluluklardan kaçmak için araçsallaştırılabilir.

Gizli İşsizlik: Gizli işsizliğe ilişkin tanımlarda birtakım fikir ayrılıkları olduğu görülmektedir. Aracı (2016: 371)’ya göre gizli işsiz; bir işi olan ve fiziki şekilde işte bulunan fakat aynı süreçte başka bir iş arayan ve bundan ötürü kendisini çalışmakta olduğu işe vermeyen işgörendir. Geçmişte yapılan çalışmaların bu kavrama dair tanımı bu bakış açısından farklılık göstermektedir. Nitekim o çalışmalara göre gizli işsizlik, bazı kimselerin fiili şekilde çalıştıkları halde piyasadan çekilmeleri halinde üretim hacminde hiçbir azalma olmamasıdır. Başka bir açıdan bu kimseler çalışıyor olarak görülmekte ancak faaliyetlere olumlu bir katkıları olmamaktadır (Boztepe, 2007: 22). Bu minvaldeki tanımlarda işte bulunduğu süreçte işe katkı sağlanmaması vurgusu olsa da “çalışırken başka iş arayan gizli işsizlere” yer verilmediği görülmektedir (Aracı, 2016: 372).

Hay Group (2014)'un yapmış olduğu araştırmada ekonomik durum ve çalışma Şartları daha iyiye gittikçe dñyanın her yerindeki çalışanların yeni iş arayışında olduğunu saptamıştır. Çalışanlar, daha iyi bir iş fırsatı -mevcut iş sevilmesine rağmen- nedeniyle çalışıyor olmalarına rağmen başka iş aramayı sürdürmektedir. Aracı (2016: 372)'ya göre gizli işsizler; çalışmakta oldukları örgütte fazla veya yorucu mesai yapmaktan kaçınmakta, işi ihmal etmekte, zor işleri eleme gibi davranışlar sergilemekte ve daha ileri giderek kimi zaman işyerini karalayan konuşmalar yapabilmektedir. Gizli işsizler, işyerindeki üretim sürecine katılımlarını tamamen kesmemekte fakat performanslarındaki azalmayı -işverenin bir anda sözleşmeyi feshetmemesi adına- kendi çabaları ile gizlemektedir. Bu açıklamalardan hareketle gizli işsizlikte bahsi geçen geri çekilme davranışlarında hastalık ileri sürölmezken temaruz davranışında bu durum söz konusudur.

Bahsi geçen bu kavramlar kısaca ifade edildikten sonra örgütsel bağlamda temaruz konusuna bir örnek üzerinden geçiş yapmak yarar sağlayacaktır. Atay (2007: 2) yapmış olduğu çalışmada resepsiyon görevlisi Bayan Brocks örneğinden konuya dikkat çekmiştir. Brocks, iki haftalık tatilden sonra bir koltuk değeneğı ile iş yerine dönmüş, çalışma arkadaşlarına tatildeyken dizini burktuğunu ancak bir hekime görünmediğini ve bir süre ayağının üzerine basmamaya özen göstermesi halinde ayağının eskisi gibi olacağını söylemiştir. Zaman geçtikçe Brocks, yemekhaneye inmesi gerekirken bir odada yemeğini yemeye başlamış ve iş arkadaşının ona kuralları hatırlatmasına rağmen yürümesinin riskinden bahsetmiştir. Aynı zamanda Brocks, arabasını yöneticiler ile aynı alana park etmeye başlamış ve işini yaparken ayağını bir iskemleye uzatarak çalışmıştır. Altı ay geçmesine rağmen Brocks hâlâ koltuk değeneğı kullanmaya devam etmiş, arkadaşları ve yöneticilerinden bu konuda hassasiyet beklemiştir. Yöneticisi onu desteklese de artık bir hekime görünmesi gerektiğini beyan etmiş ve hastaneye başvurduğunda ise Brocks'un ayağında kırık olmadığı fakat burkulmadan ötürü o bölgede iltihap olduğu ve ilaç kullanması gerektiğı tespit edilmiştir. Brocks, tam anlamıyla iyileşinceye değin ağır tempoda işini yapmayı sürdürmüştür. Hastalığın toplumsal bağlamını merkeze koyarak bu örnek üzerinden temaruz davranışını tartışmak konunun bağlamının anlaşılmasını mümkün kılacaktır. Bir iş yerinde çalışan bir kimse, bu örnekte olduğu gibi hastalığı öne sürdüğü takdirde etrafındaki insanlar ona karşı daha anlayışlı ve ihtiyatlı davranabilmektedir. Nitekim

toplumdaki hastalık algısı öğretilerine göre hastaya yardım edilmeli ve işlerinde kolaylık sağlanmalıdır. Örgütler verimsizlik, iş gücü kaybı gibi unsurların olmamasını arzularken çalışanların da bireysel bazı çıkarları için hasta gibi davranması muhtemel görünmektedir. Dolayısıyla örgütsel perspektifte insanların hastalığa sığınması ve ayrıcalıklar elde etmesi muhtemel görünmektedir.

Hasta taklidi yapma sadece hekimler için değil aynı zamanda öğretmenler, iş adamları, hâkimler ve tüm toplum için ciddi bir sorun teşkil etmektedir (Szasz, 1997: 171-172). Temaruz davranışı hem iş gücü kaybına yol açmakta hem de farklı sektörleri ilgilendirmektedir. Özellikle bu anlamda ön plana çıkan sigorta sektörüdür. Öte yandan Türkiye'deki iş ortam ve koşullarının Batı ülkeleri standartlarını yakalayamadığı bilinmektedir. Bunlardan ötürü gerçekte hasta olunmamasına karşın hekime başvurma ya da rapor alma yaygın bir eğilimdir. Örneğin işçi sendikalarının iş görenlerin tümünün vizite çıkmasını istemesi bir hak ve talep olarak algılansa da hastalığın ileri sürülmesi esasında sorun teşkil etmektedir (Atay, 2007: 3-6).

Larrabee (2003; Akt. Chafetz ve Underhill, 2013: 634) hafif travmatik beyin yaralanması iddiasında bulunan çoğunluğu içeren 11 çalışmanın temel temaruz oranlarını inceledi ve motive edici performans eksikliklerine işaret eden %40'lık bir sıklık gösterdi. Benzer şekilde başka bir araştırmada kriminal değerlendirmelerin %32.4'ü muhtemel taklit, %21.9'u kesin taklit ve bu da toplamda %54.3'12 kesin taklit olarak saptanmıştır (Ardolf vd., 2007). Türkiye'deki işletmelerde temaruz davranışını istatistiksel açıdan ortaya koyan araştırmalara rastlanamamıştır. Temaruz sadece psikiyatri bilimini alakadar eden bir konu olmadığı için özellikle insan kaynakları yöneticilerinin temaruzun oranları ve buna neden olan unsurları incelemesi gerekmektedir. Genel olarak kişisel kazançlar için sergilendiği düşünülen bu davranış; iş yerinde çalışana sunulan çalışma koşullarının eksik olmasından (mesai saatleri, görev tanımları, performans değerlendirme, ücret, yönetim tarzı ve ödüllendirme sistemi vb.), olumsuz personel-personel ve yönetici-personel ilişkilerinden kaynaklanabilmektedir (Aracı, 2016: 371).

Temaruz davranışın örgütlerdeki yansımaları açısından rapor alma/kullanma ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Toplar (2022) çalışmasında "hastalık, çalışma koşulları, ailevi sorumluluklar, yaş, ek iş yapma, çalışma şekli ve rapor almanın kolay olması"

nedeniyle çalışanların rapor aldığını ifade etmiştir. Aynı zamanda çalışmanın dikkat çeken bir sonucu ise hastalıktan kaynaklı alınan raporların amacına hizmet etmediğidir. Çalışma şartlarının kötü olması, hafta tatilinin yetersizliği ve günlük işleri görebilmek adına izin alamamak çalışanları rapor almaya sevk etmektedir. Araştırmada mülakat yapılan katılımcıların görüşlerine yer verilmiş ve çalışanların esasında “düşün, bir işi görmek” gibi nedenlerle rapor aldıkları ortaya konmuştur. Demir ve Arslan (2018: 1107) hasta olmadığı halde rapor alınmasını sağlık sektöründe hile olarak beyan etmiştir. Konuyu başka bir bağlamda ele alan Marcus ve Schuler (2004: 648) bir çalışanın hasta olmamasına rağmen rapor alıp hastalığını kanıtlamasını, raporun varlığı bakımından yasal ancak çalışana getirdiği fayda bakımından sapma davranışı şeklinde ortaya koymuştur. Eren (2017; Akt. Yılmaz ve Söyük, 2022: 83) gerçekte hasta olunmamasına rağmen işe gitmemek için rapor almanın güven ilişkisini ve işletme maliyetlerini etkilediğini; yöneticinin böyle bir durum karşısında bir şey yapamasa da personeline olan güvenini kaybettiğini ifade etmiştir. Nitekim bu durum hale etkisiyle gerçekten hasta olanlara, raporlu olsalar bile, yöneticinin şüphe ile yaklaşmasına, işlerin aksamasına ve örgütsel performansta kayba neden olmaktadır.

Şahsi menfaat için sahte yaralanma ya da hastalık, kişilerin yaşamlarına zarar veren, şirketlerin mali refahını baltalayan ve halkın hukuk sistemine olan güvenini azaltan önemli sonuçları beraberinde getirmektedir (Friedland, 1998: 339). Bu davranış iş gücü kaybı, verimsizlik, çalışan diğer personele daha fazla iş yükü binmesi ve aynı zamanda devamsızlığa neden olmaktadır. Özücü ve Kaplan (2001: 99)’a göre genellikle tatil ve senelik izin mevsimi olan yaz aylarının sonuna gelindikçe işgörenlerin devamsızlıkları artmaktadır. Devamsızlık günlerinin hafta içerisindeki dağılımına bakıldığında ise haftanın ilk ve son iş günlerinde yoğunluk olduğu görülmektedir. Atay (2007: 6) gelişmiş Batı ülkeleri üzerinden bu anlamda bazı veriler sunmuştur. Bu verilere göre; hastalık nedeniyle alınan izinlerin %33’ü Pazartesi gününe tekabül etmekteyken en az hastalanan gün ise %1 ile Pazardır. Yine hastalık nedeniyle iznin bittiği gün %46 ile Cumadır. Nitekim bu veriler hastalık gerekçesi ile izin almalarda temaruz riskinin yüksek olduğunu gösterebilmek bakımından önem arz etmektedir.

Dikkat çeken bir diğer kavram kasıtlı devamsızlıktır ve Bakay (2014: 235)'a göre esasında hasta olunmamasına karşın rapor alma ve bunun saptanması halinde ortaya çıkan devamsızlık türüdür. Devamsızlıklar sıklıkla ya da uzun dönemli olduğunda ve kabul edilemez seviyeye geldiğinde yönetimin müdahale etmesi gerekmektedir. Edilmediği takdirde hem maddi açıdan hem de insan ilişkileri açısından pahalıya mal olmaktadır (Kandemir, 2014: 50). Yapılan bir araştırmada çalışanların devamsızlık durumunun işletmenin verimliliğine etkileri araştırılmış ve İnsan Kaynakları Bilgi Sistemi üzerinden elde edilen verilere göre çalışanların gerekmediği halde rapor kullanarak 5 gün işe gelmediği saptanmıştır. Bunların yanı sıra rapor alan kimselerin ilk olarak izin istediği ancak iş yoğunluğundan ötürü izin verilmeyince rapor aldıkları görülmüştür (Ardıç ve Dulkadir, 2018).

Bütün bu ifadelerden hareketle örgütlerde bu konunun üzerinde durulması, araştırmalar yapılması, bu davranışın nedenlerinin ortaya konması önem arz etmektedir. Bu davranışın sergilenmesi halinde kişinin kendisine, çalıştığı kuruma ve iş arkadaşlarına yönelik sonuçlar meydana gelmektedir. Nitekim bir kişinin gerçekte hasta olmamasına rağmen hasta gibi davranması işgücünde kayıplara, diğer çalışma arkadaşlarına daha fazla iş yükü binmesine ve örgütsel adaletin zedelenmesine neden olmaktadır. Toplumsal yapı içerisinde yer alan hastaneler ve sağladıkları hizmet düşünüldüğü takdirde burada yaşanan temaruz olguları incelemeye değer görünmektedir. Çünkü hastaneler sundukları hizmetin özelliği nedeniyle insanların sağlıklarıyla ilgilenmektedir. Gerek hastaneler ve diğer örgütler zaten kısıtlı olan insan kaynağı gücünün kaybolması, yeterli hizmet sunamama ve birtakım diğer sorunlarla uğraşmaya devam edecektir. Bu açıdan temaruz davranışının nedenini ortaya koymak, çözümler üretmek ve buna yönelik kurumsal politika belirlemenin önemi anlaşılmaktadır.

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın metodolojisine dair bilgi verilmiştir. Araştırmanın metodolojisi ise; araştırmanın amacı ve önemi, yöntemi, araştırmanın katılımcıları, veri toplama tekniği, verilerin analizi, araştırmacının rolü, araştırmada karşılaşılan güçlükler ve araştırmanın inanırılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirliği başlıkları altında incelenmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Hastalığın çok yönlü bir kavram olduğu bilinmektedir. Öyle ki tıbbi olarak vücuttaki işleyişin bozulması olarak ele alınan hastalık, kültürel açıdan insanların küçük yaşlardan itibaren iç içe olduğu bir olgu olma özelliğini taşımaktadır. İnsanların “hasta olma”yı istememesi, hastalığı bir müsibet olarak görmesi ve hastalığa çareler araması genel kabul gören görüş olsa da hasta olmanın beraberinde getirdiği ayrıcalıklar düşünüldüğünde kimilerinin gerçekte hasta olmadıkları halde hasta gibi davrandıkları bilinmektedir. Yine hasta olan bir kimsenin toplumdaki sorumluluklarından bir süre muaf olması, hasta olduğu için ilgi görmesi ve bir takım diğer ayrıcalıklar elde etmesi bu açıdan dikkat çekmektedir. Bu noktada literatürde dikkatleri çeken kavram temaruzdur. Temaruz, sağlık bilimleri alanında oldukça fazla irdelenmiş ve özellikle hasta perspektifinde tartışılmıştır.

Temaruz kavramı detaylıca araştırıldığında konunun örgütsel bağlamının ortaya konması gerektiği görülmüştür. Nitekim bu bağlamda ele alınmasına yönelik önerileri olan araştırmalar (Atay, 2007; Aracı, 2016; Rico, 2022) bulunmaktadır. Küçük bir çocuğun hasta olmadığı halde hasta gibi davranması ya da bir kimsenin gitmek istemediği bir randevuyu ertelemek için hastalığı bahane etmesi makul gibi algılansa da söz konusu örgütsel yaşam olduğunda insanların gerçekte olmayan bir hastalığı uydurması ya da var olan hastalıklarını abartmasının bazı sonuçları olabilmektedir. Aynı zamanda örgütlerin amacı fonksiyonlarını yerine getirmek ve sürdürülebilirliklerini sağlamaktır. Bir bakıma her örgüt bunları hedeflemektedir, fakat bu amaca ulaşabilmek için örgütlerdeki insan gücünün verimliliği önem arz etmektedir. Öyle ki örgütlerin var olan kısıtlı insan gücünün erimesi ve faaliyette bulunmaması istenen bir durum değildir. Gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi

davranma ya da var olan hastalık belirtilerini abartma örgütlerin üzerine eğilmesi gereken bir konu olduğu için temaruz davranışının örgütsel açıdan incelenmesi gerekli görülmüştür.

Sağlık hizmetleri insanların sağlık düzeylerinin korunmasını, hastalıkları varsa bunların önlenmesini ve var olan hastalıkların tedavisini içermektedir. Sağlık hizmeti sunumunda önemli bir rol üstlenen sağlık çalışanlarının görevi ise insanlara sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık hizmeti sunmayı amaç edinmiş sağlık çalışanlarını gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davranmaya iten unsurları incelemenin ve bu perdeyi aralamanın merak uyandırıcı bir özelliği bulunmaktadır. Şunu açıkça izah etmek gerekir ki temaruz davranışı az çok her örgütte görülebilecek bir davranış olduğu için bu davranışı yalnızca sağlık çalışanlarına indirgemek yanlış olacaktır. Sağlık çalışanları aldıkları eğitim itibari ile hastalıkların klinik tablosunu gerek eğitim alırken gerekse mesleklerini icra ederken öğrenmektedir. İnsanları sağlığına kavuşturmak için mesleklerini icra eden sağlık meslek mensuplarının hastalık olgusuna sığınmasının bir takım sonuçları olacağı muhtemeldir ve bundan ötürü bu davranışı anlayabilmek ya da bu davranışa mercek tutmak önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında temaruz davranışının nasıl ve neden sergilendiğini, bunun etkilerini ve temaruza dair çözüm stratejilerini yönetsel açıdan değerlendirmektir. Ek olarak bu araştırmanın amacı yöneticilerin temaruz davranışına dair gözlemlerini ortaya koymaktır. Bu araştırma konuya örgütsel bağlamda yaklaştığı ve konuyu yöneticilerin gözünden ele aldığı için hem literatüre katkı sağlaması hem de özgün bir bakış açısı sunması beklenmektedir.

“Sağlık çalışanlarının temaruz davranışı yönetsel açıdan nasıl değerlendirilir?” sorusu üzerinden bu araştırmaya ihtiyaç duyulmuştur. Bu kapsamda araştırma problemi aşağıdaki sorular çerçevesinde belirlenmiştir;

- Sağlık çalışanları neden temaruz davranışı sergiler?
- Sağlık çalışanları temaruz davranışını nasıl sergiler?
- Sağlık çalışanlarının sergilediği temaruz davranışının sonuçları nelerdir?

- Sağlık çalışanlarının sergilediği temaruz davranışını önlemek için neler yapılabilir?

3.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma kapsamında nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Nitel araştırmalar, araştırılan konuya dair derin bir kavrayışa ulaşma gayesi ile tasarlanmaktadır (Karataş, 2015: 63). Öyle ki nitel araştırma; *“sosyal ya da beşeri bir probleme bireylerin veya grupların atfettiği anlamları keşfetme ve anlamaya yönelik bir yaklaşım”* şeklinde tanımlanmaktadır (Creswell, 2017: 4). Yine diğer bir tanıma göre nitel araştırma; *“gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma”* şeklinde izah edilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 37).

Nitel araştırmada sosyal hayatta meydana gelen olay ve olgular *“niçin, nasıl ve ne şekilde”* gibi soyut sorularla irdelenmektedir (Baltacı, 2019: 382). Nitel araştırma süreci; soruların ve işlem basamaklarının şekillendirilmesi, verilerin toplanması, özel durumlardan daha genel temalara gidilerek tümevarımsal veri analizinin kullanılması ve araştırmacının elde ettiği verilerin anlamını yorumlaması işlemlerinden oluşmaktadır (Creswell, 2017: 4). Nitel araştırmanın temelinde keşfedilmek istenen bir olgu (konu) yatmaktadır (Creswell, 2019: 6). Bu süreçte araştırmacı bir şeyleri söz konusu araştırmaya katılan kişilerin gözünden anlamaya çalışmaktadır. Nihayetinde nitel araştırmanın gayesi sosyal aktörlerin deneyimlerini, dünyaya katılım biçimlerini ve etkileşimlerini anlamaktır (Sığrı, 2021: 67). Bu araştırmada temaruz davranışına yöneticilerin gözünden bir mercek tutmak ve yöneticinin bu sürece dair deneyimlerini derinlemesine bir şekilde ele alabilmek için nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN DESENİ

Bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji tercih edilmiştir. Fenomenolojinin temel amacı, bir kişinin bir olaya-gerçekliğe dair algısını ortaya koymaktır (Sığrı, 2021: 76). Fenomenoloji, farkında olunan fakat derinlemesine ve detaylı bir kavrayışa sahip olunmayan olguları incelemektedir. Olgular yaşanan dünyada olaylar, algılar, deneyimler, yönelimler, durumlar ve kavramlar gibi pek çok

farklı şekilde varlığını sürdürmektedir. Bu olgularla günlük yaşamda karşılaşmak onların tam olarak anlaşıldığı manasına gelmemektedir. Öyle ki fenomenoloji, insanın yabancı olmadığı ancak tam olarak kavramayamadığı olguları araştırmayı amaç edinen araştırmalar için uygundur (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 66).

Esasında fenomenolojik bir bakış açısıyla araştırma yapmanın amacı, insanın dünyayı deneyimleme biçimini sorgulamak ve insan olarak içinde yaşanılan dünyayı bilmek istemektir (Van Manen, 1990: 5). Fenomenoloji deseninde verinin kaynağı, araştırmanın üzerinde durduğu olguyu yaşayan ve bu olguyu izah edebilecek ya da yansıtabilecek kişiler ya da gruplardır (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 67). Nihayetinde olgubilim deseni ile yürütülen araştırmalarda irdelenmek istenen olguyu deneyimlemiş kişilerle mülakatlar yapılmaktadır (İzgüden, 2020: 82). Yöneticilerin temaruz davranışına dair elde ettikleri deneyim ve tecrübelerini ortaya koymayı amaçlayan bu araştırmada “temaruz davranışı” bir fenomen olarak ele alınmıştır. Bu araştırmada temaruz davranışını -çalışanları üzerinden- gözlemlemiş ve bunu izah edebilecek yöneticilerle görüşmeler yapılarak bu davranış ortaya konmaya çalışılmıştır.

Fenomenolojik desende kişilerin araştırılan fenomenle ilgili ortak deneyimlerini anlamak ön plana çıkmaktadır. Bu deneyimlerin ortaya konması; fenomenin özelliklerinin daha net bir şekilde anlaşılması ve buna yönelik politikalar üretilmesi açısından kıymetlidir (Creswell, 2020: 83). Buradan hareketle örgütsel bağlamda temaruz davranışının anlaşılması ve bu davranışı önleyebilecek birtakım stratejilerin belirlenebilmesi için bu araştırmada fenomenoloji deseni tercih edilmiştir.

Nitel veri analiz yaklaşımlarından olan yorumlayıcı fenomenolojik analizin amacı deneyimlerde ve alıntılardaki örtük anlamı keşfetmektir (Ersoy, 2019: 92). Yorumlayıcı fenomenolojik analiz insanların konuşmaları ile düşünce ve duygusal durumları arasında bir bağlantı olduğunu varsayar. Öyle ki araştırmacı, kişinin zihinsel ve duygusal durumunu söylediklerinden yorumlamak zorundadır. Aynı zamanda araştırmacı bu süreçte aktif bir şekilde bulunmakta ve esasında bu yöntem yorumlayıcı bir faaliyet süreciyle diğer kişisel dünyayı anlamlandırmayı içermektedir (Smith ve Eatough, 2007: 34). Bu araştırmada temaruz davranışının dinamiklerini anlayabilmek için yorumlayıcı fenomenoloji analiz yaklaşımı tercih edilmiştir. Bu araştırmanın

verileri analiz edilirken araştırmacı bir alıntıdan iki anlam çıkarmış ve birini bir yerde birini başka bir yerde kullanmayı tercih etmiştir. Dolayısıyla farklı başlıkların altında aynı ifadeler yer alıyormuş gibi dursa da esasında bu bağlamın iki ayrı noktaya değindiği düşünülerek veriler analiz edilmiştir. Yine bazı noktalarda katılımcılar bir olay örgüsünden, bir durumdan bahsettikleri için benzer ifadelerin farklı yerlerde tekrarlanması söz konusu olmuştur.

3.4. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Bu araştırmada veri toplama tekniği olarak görüşmeler kullanılmıştır. Yıldırım ve Şimşek (2021: 68)'e göre görüşmeler fenomenoloji deseninin başlıca veri toplama tekniğidir. Görüşmelerin sağladığı etkileşim, esneklik ve sonda sorular sayesinde araştırılmak istenen olguya dair manalar ve yaşantılar ortaya çıkmaktadır. Görüşme türlerini görüşmecinin sahip olduğu kontrole göre ayırmanın mümkün olduğunu ifade eden Sıgır (2021: 237)'ya göre görüşmeler; yapılandırılmış (yönlendirici), yarı-yapılandırılmış ve yapılandırılmamış (yönlendirici olmayan) görüşmeler olarak ele alınmaktadır.

Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşmelerde görüşmeci önceden hazırlamış olduğu konu ve alanlara sadık kalmaktadır. Görüşme esnasında önceden hazırlanan sorular sorulduğu gibi aynı zamanda daha detaylı bilgi etmek için ek sorular sorulabilmektedir. Yine görüşme formunda araştırma problemiyle ilgili olan bütün sorular ve boyutlar yer almaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 130). Bu çalışmanın verilerini elde edebilmek için yarı yapılandırılmış görüşme formu (EK-3) hazırlanmıştır. Bu form, yapılan literatür incelemeleri neticesinde araştırmacılar tarafında hazırlanmıştır. Araştırmacının hazırlamış olduğu yarı yapılandırılmış görüşme formu uzman görüşleri alınarak iyileştirilmiştir. Soruların net bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığını teyit etmek amacıyla araştırmacı 3 tane sağlık yöneticisiyle pilot görüşmeler gerçekleştirmiştir. Bu aşamadan sonra sorularda herhangi bir sorun olmadığı fark edilmiş ve yarı yapılandırılmış görüşme formu hazır hale geldiğinde araştırmanın iki ayrı kamu hastanesinde gerçekleşmesine karar verilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda temaruzun nedenlerine, nasıl oluştuğuna, sonuçlarına ve bu davranışının nasıl önleneceğine dair sorular bulunmaktadır.

Görüşmeye başlamadan evvel araştırmacı tarafından katılımcılara amaca yönelik bilgi verilmiş ve katılımcılar araştırmaya gönüllü katılım sağlamıştır. Bu noktada görüşmelerin ses kayıt cihazı tarafından kaydedileceği, elde edilen verilerin daha sonrasında çalışma için kullanılacağı ve kimliklerine dair bilgilerinin gizli tutulacağı ifade edilmiştir. Bu araştırmada katılımcıların isimlerinin gizli kalabilmesi için 2022 yılında Türkiye’de en çok tercih edilen isimler kullanılmıştır (TUİK, 2023).

Görüşme yapılan kişinin söylediklerini kaydetmedikten sonra hangi görüşme tarzının kullanıldığının ve soruların ne kadar dikkatli şekilde karşıya aktarıldığının bir önemi kalmamaktadır. Diğer bir ifadeyle görüşme yapılan kişinin gerçek sözlerini yakalayamamak bütün çabayı boşa çıkarmaktadır. Görüşmelerin ham verileri katılımcıların söylediği gerçek alıntılar olduğu için hiçbir şey bu verilerin yerini tutamayacaktır. Zaten bu veriler bir nitel araştırmacının peşinde koştuğu ödül niteliğindedir. Veri toplama aşamasında her araştırmacının amacı, katılımcıların bakış açısını mümkün mertebe tam ve adil bir şekilde kaydetmektir. Bu açıdan görüşme yapılan kimselerin ifadelerini kelimesi kelimesine kaydetmek için kullanılan yöntemlere başvurulmaktadır (Patton, 2014: 690-691). Nitekim ses kayıtları veride kayıp yaşanmaması için tercih edilmektedir (Sığrı, 2021: 241). Bahsi geçen nedenlerden ve özellikle görüşme yaparken hem katılımcıya odaklanmanın hem de not almanın zor olmasından ötürü araştırmacı veri toplarken ses kayıt cihazı kullanmıştır. Görüşmeye başlarken her bir katılımcıya bu unsura dair bilgi verilmiştir. Araştırma konusundan ötürü katılımcıların bazıları ses kaydına dair çekincelerini ifade etmiş ve araştırmacı ses kaydına rızası olmayan 8 katılımcının verilerini not tutarak almıştır. Bu kişilerle yapılan görüşme sürelerine ait bilgiler; görüşmenin başladığı ve bitirildiği zaman dilimlerinin not edilmesiyle kaydedilmiştir. Araştırmacı, görüşme bittikten sonra yazıyı temize geçip katılımcının kendisi ile paylaşmış ve eklemek istediği bir detay olup olmadığını sormuştur. Gerekli görülen unsurlar katılımcılar tarafından sonrasında eklenmiştir. Bu aşamada araştırmacı veri güvenilirliğini sağlamayı hedeflemiştir.

Yapılan bütün görüşmelerden sonra 820 dakika 39 saniyelik ses kaydına ulaşılmıştır. Bu süreçte eş zamanlı olarak ses kayıtlarının doküm işlemi bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Dökümler neticesinde 183 sayfalık bir veri elde edilmiş

ve bu veriler araştırmacının zihninde yer edininceye dek pek çok kez okunmuştur. Nihayetinde araştırmacı artık veriye hâkim olduğunu düşündüğü noktada kodlama aşamasına geçmiştir.

Araştırma ve Araştırmacı Günlüğü

Araştırmanın ilk aşamasından başlayarak sonuna değin bütün aşamalara dair araştırmacı ve araştırma günlüğü tutulmuştur. Araştırma günlüğünde genel olarak araştırmaya yönelik kritik eşikler, araştırmayı meydana getiren gelişmeler ve mühim durumlarla ilgili notlar alınmıştır. Aynı şekilde araştırmacı günlüğünde ise araştırma sürecinde yaşanan zorluklar, hissedilen duygular, araştırma sürecine dair görüşler, kaygılar dile getirilmiştir. Yine araştırma günlüğü açısından önem arz eden bir diğer husus ise araştırma sürecinde veri toplarken ses kaydı alınmasında rızası olmayan katılımcıların verilerinin bu günlüğe kaydedilmesidir. Gerek araştırma gerekse araştırmacı günlüğüne kaydedilen bu bilgiler aynı zamanda araştırmanın gerekli görülen kısımlarında kullanılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN KATILIMCILARI

Nitel araştırmalarda amaç genelleme yapmak değil, resme daha bütüncül bir açıdan bakmaktır. Nitel araştırmalar araştırılan konuyu derinlemesine ve bütün ayrıntıları ile incelemektedir. Bu derinlemesine bilginin sunulabilmesi için örneklemin doğru şekilde seçilmesi gerekmektedir. Nitel araştırma geleneği içerisinde ortaya çıkan amaçlı örnekleme yöntemleri bu açıdan kıymetlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 116). Patton (2014: 402)’a göre amaçlı örneklem; *“incelenecek bilgi açısından zengin vakaların, doğası ve içeriği gereği araştırılan soruyu aydınlatacak vakaların stratejik olarak seçilmesidir.”* Bu araştırmada temaruz davranışını kendi çalışanları üzerinden deneyimlemiş olan katılımcılara erişim sağlanmıştır. Bu nedenle araştırmada amaçlı örneklem yöntemlerinden olan ölçüt ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır.

Ölçüt örnekleme yöntemindeki temel prensip belirlenmiş bir dizi ölçütü barındıran tüm durumların bir araya getirilmesidir. Bahsi geçen ölçüt yahut ölçütler araştırmacı tarafından ortaya konduğu gibi önceden var olan hazır kriterler de kullanılabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 120). Bu araştırmada katılımcı seçilirken belirlenen ölçütler şu şekildedir;

- Hastaneden yöneticilik yapmış/yapıyor olmak,
- Yöneticilik süreci içerisinde temaruz davranışını kendi çalışanları -sağlık çalışanları- üzerinden deneyimlemiş olmak.

Kartopu örnekleme ise uygun ve hazır bir liste olmadığı takdirde kullanılmaktadır. Bu örnekleme türünde, önce çekirdek örneklem araştırmacı tarafından bulunmakta ve sonrasında eklenen katılımcılara daha önce örnekleme yer alanlar sayesinde erişilmektedir. Örneklem adeta bir kar küresinin itilerek büyümesi gibi genişlemektedir (Sığırı, 2021: 127). Kartopu örnekleme, bilgi açısından zengin kilit kaynaklarını ya da kritik kişileri bulmaya yöneliktir. Süreç, kişilere, “.... hakkında kim çok şey biliyor?” şeklindeki soru ile başlamakta ve bilgi açısından zengin yeni kişiler biriktikçe kartopu giderek büyümektedir (Patton, 2014: 451). Araştırmada görüşme yapılacak sağlık yöneticilerinin kimlerden oluşacağı noktasında araştırmacı ve tez izleme komitesi üyeleri fikir birliği yapmıştır. Yönetici pozisyonu bakımından çeşitliliği sağlayabilmek ve temaruz davranışının daha bütüncül ortaya konabilmesi adına üst, orta ve alt düzey sağlık yöneticileri ile görüşmeler yapılmasına karar verilmiştir. Bu noktada şunu izah etmek gerekir ki konunun spesifik olması nedeniyle araştırmacı her zaman katılımcılara kolayca erişim sağlayamamıştır. Araştırmacı hastanelerde servislere, ünitelere, laboratuvarlara ve ilgili diğer yönetim kademelerine giderek yaptığı araştırma hakkında bilgi vermiş ve kendisine yardımcı olabilecek kişilerle görüşmeler yapmıştır. Yine araştırmacı, katılımcılara kendisine yardımcı olabilecek ve konu hakkında konuşabilecek kimseler olup olmadığını sormuştur. Katılımcıların yönlendirmesi neticesinde ulaşılan kişilerin temaruz davranışına dair deneyimleri olup olmadığı teyit edilerek görüşmelere başlanmıştır.

Katılımcı tercih edilirken araştırmacı gittiği birimde bulunan yöneticiye araştırma konusunu ve amacını anlatmıştır. Daha sonrasında katılımcılara “*sağlık çalışanlarınız üzerinden bu davranışı, gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davranma/hastalığı abartma, deneyimlediniz mi?*” ya da “*bu davranışla karşılaştınız mı?*” minvalinde sorular sorulmuştur. Bu noktada ilgili kişilerden “*evet*” cevabı alındığı takdirde görüşmeler yapılmıştır. Sadece bununla yeterli kalmayarak kişinin bahsettiği unsurların araştırmanın amacına uygunluğu değerlendirilerek araştırmanın katılımcı grubuna eklenmesine dikkat edilmiştir. Bu hususta bazı kişilerin “*hayır ben*

böyle bir davranışla karşılaşmadım” ifadesine benzer cevapları olduğunda ise görüşmelere başlanmamış, kendilerine vakit ayırdıkları için teşekkür edilmiştir. Bu bakımdan kendi çalışanları üzerinden -sağlık çalışanı- temaruz davranışını deneyimlemiş 20 kişi bu araştırmanın katılımcılarını oluşturmaktadır.

Tablo 2. Katılımcılara ve Görüşmelere Ait Bilgiler

Katılımcıların Müstear İsimleri	Yönetici Pozisyonu	Yaş	Cinsiyet	Yöneticilik Süresi	Görüşmenin Yapıldığı Yer	Görüşme süresi
Emre Bey	Başhekim yardımcısı	35	Erkek	2 yıl	Katılımcının odası	43 dakika
Murat Bey	Başhekim	36	Erkek	2,5 yıl	Katılımcının odası	34 dakika 5 saniye
Melek Hanım	Başhemşire	43	Kadın	11 yıl	Katılımcının odası	48 dakika
Kübra Hanım	Servis sorumlusu hemşire	27	Kadın	3 yıl	Servisteki hemşire odası	55 dakika 14 saniye
Ahmet Bey	Başhekim	37	Erkek	2 yıl	Katılımcının odası	62 dakika
Leyla Hanım	Servis sorumlusu hemşire	29	Kadın	3 yıl	Servisteki dinlenme yeri	26 dakika 31 sn
Ayşe Hanım	Servis sorumlusu hemşire	27	Kadın	2 yıl	Servisteki hemşire odası	51 dakika 21 saniye
Ali Bey	Laboratuvar sorumlusu	30	Erkek	3 yıl	Katılımcının odası	21 dakika
Elif Hanım	Servis sorumlusu hemşire	30	Kadın	3 yıl	Servisteki bekleme odası	54 dakika 48 saniye
Meryem Hanım	Servis sorumlusu hemşire	28	Kadın	4 yıl	Servisteki hemşire odası	36 dakika 43 saniye
Yusuf Bey	Laboratuvar sorumlusu	42	Erkek	5 yıl	Kafe	33 dakika
Hülya Hanım	Servis sorumlusu hemşire	30	Kadın	5 yıl	Servisteki hemşire odası	37 dakika 20 saniye
Sevim Hanım	Servis sorumlusu hemşire	42	Kadın	20 yıl	Servisteki hemşire odası	51 dakika 21 saniye

Aynur Hanım	Servis sorumlusu hemşire	28	Kadın	2,5 yıl	Servisteki hemşire odası	34 dakika
Yağmur Hanım	Laboratuvar sorumlusu	55	Kadın	32 yıl	Laboratuvar bekleme alanı	38 dakika 40 saniye
Hakan Bey	Ünite sorumlusu	29	Erkek	9 yıl	Katılımcının odası	35 dakika
Hacer Hanım	Servis sorumlusu hemşire	47	Kadın	6 yıl	Servisteki hemşire odası	40 dakika 53 saniye
Fatih Bey	Başhekim yardımcısı	34	Erkek	2 yıl	Katılımcının odası	38 dakika
Furkan Bey	Ünite sorumlusu	30	Erkek	8 yıl	Katılımcının odası	45 dakika 22 saniye
Burak Bey	Laboratuvar sorumlusu	54	Erkek	10 yıl	Laboratuvar bekleme alanı	35 dakika 31 saniye

Tablo 2'ye bakıldığında katılımcılardan 9'unun erkek, 11'inin kadın olduğu görülmektedir. Aynı şekilde katılımcıların 1'i başhemşire, 2'si başhekim, 2'si başhekim yardımcısı, 2'si ünite sorumlusu, 4'ü laboratuvar sorumlusu ve 9'unun servis sorumlusu hemşire olduğu görülmektedir. Şunu izah etmek gerekir ki araştırmanın iki kamu hastanesinde yürütülmesinin bu hususta etkisi bulunmaktadır. Bu hastanelere dair kısaca bilgi vermek gerekirse eğer bu hastanelerden biri devlet hastanesi olarak 328 yatakla hizmet vermektedir. Bir diğeri üniversite hastanesidir ve 276 yatak ile hizmet sunmaktadır. Araştırmacı, çeşitliliği sağlayabilmek adına her düzeyde yöneticiye ulaşmaya çalışmıştır. Herhangi bir hastanede bulunan yönetici pozisyonları düşünüldüğünde, bu araştırmanın katılımcı sayıları ile paralellik gösterdiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Katılımcıların yöneticilik sürelerine bakıldığında en az 2 yıl en çok ise 32 yıllık bir tecrübeye sahip oldukları görülmektedir.

Görüşmeler katılımcıların kendi oları, servis odaları, ünite odaları, laboratuvar odaları gibi hastanenin farklı alanlarında yapılmıştır. En kısa görüşme 21 dakika en uzun görüşme 62 dakika sürmüştür. Görüşme süresi ortalama olarak 41 dakika 1 saniyedir. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yönetici oldukları göz önüne alındığında görüşme sürelerine etki eden unsurlar (sağlık hizmeti sunumunda rol alma, yoğun çalışma şartları, boş zamanlarını yakalamanın zor olması ve diğer

sorumluluklarının olması) olmuştur. Yine araştırmacı günlüğünde ifade edildiği üzere yöneticilerin araştırma konusuna karşı çekingen davranışlar sergilemesinin bu durumda etkisinin olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırma konusuna dair bir katılımcının “*Sizin konunuz biraz da zor. Kimisi çekinir yarın gider bizi bir yerde söyler diye belki.*” ifadesi katılımcıların araştırma konusuna yönelik çekincelerini destekler niteliktedir. Yine izah etmek gerekir ki servis odaları, ünite odaları gibi yerlerde gerçekleştirilen görüşmelerde araya hastaların ya da diğer ekip arkadaşlarının girmesi gibi durumlar söz konusu olmuştur. Görüşme yapılan ilgili birim yöneticilerine çalışmakta olan personelin gelip tedaviye dair bir şeyler danışması ve yine servislerdeki görüşmelerde hastaların gelip bir şeyler sorması durumlarında görüşmelerde bölünmeler yaşandığı araştırmacı günlüğünde geçmektedir. Ancak katılımcının bizzat kendi odasında gerçekleştirilen görüşmelerde bu açıdan bir sorun yaşanmamıştır.

Araştırmada erişilmesi gereken katılımcı sayısı noktasında literatürde fikir birliği bulunmamaktadır. Creswell (2017: 189)’e göre araştırmanın katılımcı sayısı kullanılan desene göre farklılık göstermektedir. Nitekim anlatı araştırması için bir ya da iki kişi, fenomenoloji için üç ile on kişi, kuram oluşturma için yirmi ile otuz kişi, etnografi için ise ortak kültüre sahip olan bir tek grup ve durum çalışması için dört ya da beş durum yeterli olmaktadır. Yine Creswell (2020: 80)’e göre araştırılan fenomeni ortaya koyabilecek 3-4 ile 10-15 kişi arasında değişen heterojen bir grup yeterli görülmektedir. Bu hususa dair ortaya atılan bir diğer görüş ise kategorilerin (ya da temalar) doygunluğa erişmesidir ki bundan kasıt yeni fikir ya da özellikler ortaya çıkmadığı noktada veri toplama aşamasının sonlandırılmasıdır (Charmaz, 2006; Akt. Creswell, 2017: 189). Araştırmacı, 17. katılımcı itibarıyla verilerin tekrar ettiğini fark ettiği için bu araştırmanın katılımcı grubu 20 kişiden oluşmuştur.

3.6. ARAŞTIRMACININ ROLÜ

Nitel araştırmalarda araştırmacı konuyla ilişki içerisindedir (Sığrı, 2021: 81). Dolayısıyla nitel araştırmacı; doğrudan kendisi alanda vakit geçiren, araştırmaya dahil olan kişilerle bizzat görüşmeler yapan ve gerekli olması halinde katılımcıların deneyimlerini yaşayan, alanda vakit geçirdikçe kazandığı deneyim ve bakış açısını verileri analizi ederken kullanan kimsedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 40). Esasında

nitel araştırmacı, veri toplama sürecinin doğal bir unsuru haline gelmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 81). Bu nedenden ötürü nitel araştırmacıların yanlılıklarını, değerlerini ve araştırma sürecindeki yorumlarını açıkça ifade etmeleri gerekmektedir (Creswell, 2017: 187). Araştırmanın konusu hususunda belirtmek gerekir ki hastalık herkesin küçük yaşlardan itibaren deneyimlediği, gözlemlediği ve farkında olduğu bir olgudur. Bir başka deyişle insanlar “hasta olmanın” ne demek olduğunu yaşayarak öğrenmekte ve deneyimlemektedir. Literatürde sık sık geçen bir kavram olarak ikincil kazanç hususu esasında insan olmanın doğasını yansıtmaktadır. İnsanlar kendi çıkarlarını, menfaatlerini düşünerek hareket ettiklerinde hastalığın araçsallaştırılması kaçınılmaz olabilmektedir. Bir dilencinin hasta gibi davranması, ailede ilgi çekmek isteyen birinin hastalığı bahane etmesi, gidilmek istenmeyen bir toplantıyı ertelemek için hastalığın ileri sürölmesi az çok herkesin deneyimlediği/çevresinden gözlemlediği davranışlardır. Bu bahsi geçenlerden hareketle araştırmacının üzerine kafa yorduğu temaruz davranışına yönelik bir farkındalığı olduğu ve bu durumun nesnellik hususunu zedeleyeceği akillara gelmektedir. Ancak araştırmacı süreçte yansız bir davranış sergilemeye çalışmış, katılımcılara belirlenen soruları sormuş, konunun arka planını aydınlatmaya ve aynı zamanda kendisi de anlamaya çalışmıştır. Yıldırım ve Şimşek (2021: 40-41)’e göre nitel araştırmalarda; araştırmacı bir durumu, olguyu uzaktan incelemeye çalışsa dahi kullanılan veri toplama araçları veya analiz biçimi gibi unsurlara kendi bakış açısının etki etmesi söz konusudur. Bu yönüyle nitel araştırmacı, “tam nesnelliği” yakalayabilmek adına veri kaynakları ile i içe olarak elde edeceği daha geçerli bilgileri göz ardı etmemelidir. Bu bakımdan nitel araştırmalarda, “öznel” olmanın getirdiği sorumlulukların önceden farkına varılarak bulguları net bir biçimde ele almanın önemli ve lüzumlu olduğu bilinmelidir.

Bir fenomenolojik araştırmada araştırmacı; açık fikirli, esnek, empatik ve araştırmaya dahil edilen kişilerin dünyasına girmeye istekli olmalıdır (Smith vd., 2009: 55). Bu bakımdan araştırmacı konuyu daha derinlemesine düşündüğünde ya da konunun içerisine girdikçe esasında örgütsel bağlamının ahlâki/etik sorunlara gebe olduğunu fark etmiştir. Görüşmeler esnasında katılımcılar bu davranışla karşılaştıklarında neler yaşadıklarını anlattıkça araştırmacı iş arkadaşlarına ekstra binen yükünün üzerinde durulduğunu gözlemlemiştir. Yine görüşmeler süresince katılımcılar sürece dair deneyimlerini aktarıırken o zamanı hatırlamış ve tepkiler

göstermiştir. Bu nedenden ötürü araştırmacı sürece müdahale etmeden katılımcıları dinlemeye, bu davranışı anlamaya ve özellikle bu davranışın örgütsel bağlamını idrak etmeye çalışmıştır. Yine konunun izini sürmeye başladıktan sonra araştırmacının çevresinde bu tür davranışlar sergileyen insanlara yönelik ilgisi artmıştır. Araştırmacı günlüğünde de geçtiği üzere araştırmacı, kendi akrabalarından bir tanesinin belini bahane ederek işten kaçtığını ancak yine aynı kişinin bazı yerlerde belini rahatlıkla kullandığını ve hatta düğünde dans ettiğini gözlemlemiştir. Öte yandan dürüst bir şekilde iş görme, birilerinin hakkını yememe ve sırf kişinin kendi çıkarları için bu tarz davranışları sergilenmesi halinde başka insanların yaşayacağı mağduriyetlere yönelik araştırmacıda farkındalık oluşmuştur. Araştırmacı adeta kendisini bu davranışa maruz kalan kişilerin yerine koymuştur. Bu ifadelerden yola çıkıldığı takdirde araştırmacının süreçle iç içe olduğu ve konuya dair farkındalığının oluştuğu görülmektedir. Bu açıklamalar ışığında refleksiviteye (düşünümsellik) değinmek yerinde olacaktır. Öyle ki araştırmacı adeta kendisini obje yerine koyarak düşünümselliği yakalamıştır. Nitekim araştırmacı, subje olarak temaruz davranışını ele almış ve bir bakıma davranışı gözlemleyenlerin (öznenin) yerine geçerek bunu sağlamıştır.

3.7. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Bilindiği üzere nitel araştırmalarda elde edilen bulguların genellenebilirliği söz konusu olmamaktadır. Esasında sosyal olayların doğası genellenebilirliğe engel teşkil etmektedir. Zira sosyal olaylar durağanlık göstermemekte, bulunan ortama göre farklılık arz etmekte ve hem ortam hem de zaman açısından sosyal olayları tekrar yaşamak mümkün gözükmemektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 83). Yine nitel araştırmada elde edilen bulgular dışardan nesnel olarak gözlemlenebilmesi mümkün olmayan gerçeklerdir. Çünkü nitel araştırmalarda elde edilen bulgular araştırmaya katılan kişilerin algılarını yansıtmaktadır. Nitel araştırmalarda görüşülen bireylerin, ifadelerinin tam olarak doğru olduğu veya olayları net bir şekilde anımsayarak aktardıkları kanıtlanamamaktadır. Nihai olarak nitel araştırmalarda genellenebilirlik ve doğruluk unsurları net bir şekilde saptanamamaktadır. Bu nedenle nitel araştırmacı kullandığı yöntemin sınırlılıklarının ve bunların araştırma açısından doğurduğu sonuçların farkında olmalıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 90). Araştırmaya dahil edilen

katılımcıların temaruz davranışını sergilediğini beyan ettikleri çalışanlarının temaruza dair klinik bir tanı almamış olması bu araştırmanın bir kısıtıdır. Araştırmanın katılımcılarına dair bilgi verilen kısımda geçtiği üzere belirlenen pozisyonlarda yer alan kişilere araştırmanın amacı anlatılmış, ilgili davranışla karşılaşp karşılaşmadıkları sorulmuş ve “evet” cevabı alındığı takdirde araştırmaya dahil edilmiştir. Aynı zamanda araştırmacı görüşme esnasında katılımcılara; “bu bahsettiğiniz o kişinin gerçekten hasta olmadığını gösterir mi?” tarzında sorular sorarak ifade edilenenin gerçekten temaruz olup olmadığı noktasında kontroller sağlamaya çalışmıştır. Yine çevredeki kimselerin yönlendirmeleri ile bu davranışla karşılaştığı ileri sürülen katılımcılar ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Verilerin iki tane kamu hastanesinden toplanmış olması araştırmanın bir başka kısıtıdır. Özel sektörün kendine has özellikleri ve çalışma şartlarından ötürü temaruz davranışına maruziyetin daha az olacağı öngörülmüş ve bu nedenle araştırma iki kamu hastanesi üzerinden veri toplanarak yürütülmüştür.

Araştırmanın bir başka kısıtı ise yönetici gözünden temaruz davranışının ortaya konmuş olmasıdır. Açıkça ifade etmek gerekir ki insanlar gerek iş kaybı gerek başka nedenlerle -korku, çekinme, baskı- bizzat kendilerinin temaruz davranışı sergilendiğini kabul etmeyecektir. Nitekim temaruz davranışını kişi kendi üzerinden konuşmayı kabul etse bile bu davranışa dair saklanan unsurlar olabileceği ve derinlemesine bilgi elde edilmesi zor olacağı için konunun yönetici gözünden ele alınması uygun görülmüştür. Yine başka bir açıdan yöneticilerin bizzat kendilerinin temaruza başvurma ihtimalinin daha az olduğu düşünülmektedir. Öyle ki yöneticiler, astlarına göre izin alma ya da bu tarz prosedürlerle uğraşmayacakları için bu araştırmanın katılımcılarını yöneticiler oluşturmuştur.

Araştırmanın bir başka kısıtı ise görüşme yapılan yöneticilerin yaşlarının genç ve genellikle tecrübelerinin 10 yılın altında olmasıdır. Bu durumda gerek temaruz davranışını çalışanları üzerinden deneyimle şartı gerekse araştırma yapılan hastanelerin özellikleri belirleyici olmuştur.

Araştırma yürütülürken yaşanan güçlükler açısından araştırmacıyı en çok zorlayan şey katılımcı bulmak olmuştur. Katılımcıların çalışanları tarafından temaruz

davranışına maruz kalması ve yöneticilik yapmış/yapıyor olmak kısıtları ile çalışmanın çok spesifik bir grup üzerinden yürütülmesi bir bakıma araştırmacının katılımcı bulmada yaşadığı zorlukları göstermektedir. Aynı zamanda katılımcıların; hastane gibi yoğun iş yükü olan bir kurumda çalışmaları ve değişik pozisyonlarda yönetici olmaları bu kişilerin boş zamanlarını yakalama ya da randevu almada zorluklar yaşanmasına neden olmuştur.

Araştırmanın bir kısmı servisler, üniteler ve laboratuvarlar gibi hastanenin farklı birimlerinde gerçekleştiği için görüşmeler esnasında hasta gelmesi ya da diğer personelin sorular sorması gibi olaylar cerayan etmiştir. Yine görüşmeler mesai saatleri içerisinde gerçekleştiğinden kimi zaman verilen randevuya geç gelinmesi ve görüşmenin beklenenden önce bitmesi gibi durumlar söz konusu olmuştur. Sağlık çalışanlarının iş yükü ve vermeleri gereken sağlık hizmeti göz önüne alındığı takdirde bu durumlar normal karşılanmaktadır.

Araştırmanın katılımcı grubunda yöneticilerin yer alıyor olması başka bir güçlüktür. Nitekim katılımcıların bazıları hem tedavi vermekte hem de yöneticilik yapmaktadır. Bundan ötürü özellikle üst düzey yöneticilere erişim sağlama ve randevu almada yaşanan zorlukları ifade etmek gerekmektedir. Bir başka konudan bahsetmek gerekirse araştırmacı, araştırmayı yürütürken alt düzey yöneticilerle görüşme yapmak istediğinde bazı üst düzey yöneticilerin engelleyici davranışları ile karşılaşmıştır. Bu noktada araştırmacı ısrarcı olmamış ancak katılımcı grubunun daha zenginleşmemesi açısından üzüntü duymuştur. Yine de araştırmacı günlüğünde yazdığı üzere araştırmacı; *“Bana yapılan muamele hoş değildi ama bazı şeyleri de anlamlı yapan zaten bu zorluk.”* bakış açısıyla veri toplamaya devam etmiştir.

Bazı katılımcılar bu davranışa dair deneyimlerini anlatırken üst düzey yöneticilerinin tutum ve davranışlarından bahsettikleri noktada endişelerini dile getirmişlerdir. Esasında araştırmaya başlamadan evvel katılımcılara gizlilik noktasında bilgi verilmesine rağmen kişilerin çekinceleri olduğu görüldüğü için araştırmacı katılımcılara hiçbir şekilde isimlerinin geçmeyeceği ve rahat hissetmeleri gerektiğini söylemiştir. Yine karşılaşılan bir diğer zorluk ise ses kaydı hususudur. Araştırmacı buna dair katılımcılara bilgi verdiğinde kabul etmeyen kişilerin ses kaydını alamadığı için not tutarak veri toplamıştır. Bütün bunlara rağmen

katılımcıların her birinin araştırmaya gönüllü bir şekilde zaman ayırdığı, kimi zaman öğle vakitlerini kimi zaman da boş vakitlerini harcadıklarını dile getirmek gerekmektedir. Katılımcılar genel olarak “*Umarım katkı olmuştur.*”, “*Kolaylıklar dilerim.*” şeklinde temenniler ile araştırmacıyı desteklemiştir.

3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Nitel araştırmalarda veri analizi; çeşitlilik, esneklik ve yaratıcılık manasına gelmektedir. Esasında nitel araştırmaların her birinin farklı bazı özellikleri olduğu için veri analizinde yeni yaklaşımlar tercih edilebilmektedir. Bu sebepten ötürü araştırmacının hem araştırmanın hem de toplanan verilerin özelliklerinden hareketle mevcut veri analiz çeşitleri arasından kendi araştırması için veri analiz planı belirlemesi gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 239). Literatürde pek çok nitel veri analizi türü olduğu bilinmektedir. Bu analiz türleri; fenomenolojik analiz, içerik alanizi, betimsel analiz, yerleşik kuram ve sabit karşılaştırma analizi, söylem çözümlemesi ve etnometodoji olarak ifade edilmektedir (Özdemir, 2010). Bunların yanı sıra tematik analiz ve içerik analizi yaygın şekilde kullanılmaktadır (Toker, 2022: 326; Sıgır, 2021: 275; Yıldırım ve Şimşek, 2021: 240). Bu araştırma yorumlayıcı fenomenolojik analiz yaklaşımıyla tasarlanmış ve analiz tekniği olarak da tematik veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Toker (2022)’e göre tematik ve içerik analizi birer nitel analiz tekniği iken yorumlayıcı fenomenolojik analiz, konuşma analizi, söylem analizi, göstergebilim analizi gibi birer nitel veri analiz yaklaşımıdır. Dolayısıyla bu araştırmada görüşmeler ve görüşme kayıtlarından kodlar ve anlamlar çıkarmada yorumlayıcı fenomenolojik analiz yaklaşımı, kodların kategorileştirilmesi ve temalaştırılmasında da tematik analiz tekniği kullanılmıştır.

Tematik analiz, kavramlar arasındaki bağlantıyı tam olarak belirlenmeye ve ortaya çıkan bu unsurları tekrar eden verilerle karşılaştırmaya imkân sağlamaktadır (Alhojailan, 2012: 40). Bu bakımdan tematik analizin, metinsel bir veri setinde yinelenen temaların ya da fikirlerin belirlenmesine odaklanan bir yöntem olduğu ortaya çıkmaktadır (Riger ve Sigurvinsdottir, 2016: 34). Tematik analiz; ilk kodların oluşturulması, temaları arama, temaları gözden geçirme, temaları tanıma, temaları adlandırma ve raporun üretilmesi aşamalarından oluşmaktadır (Braun ve Clarke, 2006: 87).

Nitel araştırmalarda veri analizi için ilk olarak bir hazırlık gerekmektedir. Nitel veri analizi sürecinde verilerin analize hazır olması ve organize edilmesi (transkriptte olduğu gibi metin verilerinin hazır edilmesi), verilerin kodlanması, kodların bir araya getirilerek temalar altında toplanması ve nihai olarak elde edilen verilerin tablo, şekil yahut bir tartışma formunda sunulması adımları yer almaktadır (Creswell, 2020: 182). Verilerin analize hazır hale getirilmesinden sonra araştırmacının kodlamaya geçmeden evvel veriler üzerine derinlemesine düşündüğü bir süreç vardır (Creswell, 2017: 197). Bu aşamadan sonra kodlama aşamasına geçilir ki kodlama, veri setini ilişkileri açısından analiz etme ya da parçalara ayırma işlemidir (Baltacı, 2017: 5). Bu esnada kimi zaman bir kelime kimi zaman ise bir paragraf veri olabilmektedir. Kendi içerisinde anlamlı hale gelen bu bütünlere araştırmacı bir isim vererek kodlama yapmaktadır. Araştırmacının bu süreçte, araştırma sorularını veya araştırmanın kavramsal hatlarını göz önünde bulundurması ve yine verilerin içerisinde ne aradığının farkında olması gerekmektedir (Yıldırım ve şimşek, 2021: 251).

Kodlama sürecinde araştırmacılar tarafından en sık tercih edilen yöntemlerden biri hazır bir kod listesi (halihazırda bulunan teorilerin önerilerine göre) oluşturulması ve bu listenin kullanılmasıdır. Açıktır ki bu tarz bir seçenek araştırmacıya oldukça kolaylık sağlamaktadır, ancak bu durum bir yandan nitel araştırmanın felsefesinden - veri setine özgün kodların yakalanamamasına- uzaklaşılmasına neden olmaktadır. Bunu sağlayabilmek için ise araştırmacının kodlama sürecine başlarken elinde birkaç hazır kod olması, süreçte tamamen serbest bir şekilde hareket etmesi ve en sonunda literatürü gözden geçirerek kodları kontrol etmesi uygun görülmektedir. Zira nitel araştırmalarda kategorilerin gelişmesine ve olguyu tanımlamaya yardımcı olan kodlar bulmak önemlidir (elik vd., 2020: 386-387). Böyle bir süreç araştırmacının çalışmayı yapmadan önce bulmayı düşündüğü bilgilerin, bulmayı ummadığı şaşırtıcı bilgilerin ve gerek araştırmacı gerekse potansiyel katılımcılar ve okuyuculara kavramsal açıdan ilginç gelebilecek bilgileri nortaya çıkmasına imkân sağlar (Creswell, 2017: 198-199). Kodlama işlemi tamamlandıktan sonra bir diğer aşamaya geçilmektedir. Neuman (2014: 480)'a göre nitel araştırmacılar verileri temalar, kavramlar ya da benzer özelliklere sahip kategoriler halinde düzenleyerek analiz etmektedir. Nihai olarak nitel araştırmaların son aşaması ise bulguların rapor edilmesidir.

Bu araştırmada nitel araştırma sürecine dair ilk adım olarak ses kaydı alınması ve not alınması ile veriler elde edilmiştir. Yine bu süreçte aynı zamanda bilgisayar ortamında özenli ve eksiksiz biçimde transkrip işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu işlem tamamlanınca veride eksiklikler olmaması adına ses kayıtları dinlenerek dökümler gözden geçirilmiş ve bu sayede veri kaybının önüne geçilmiştir. Bu aşamadan sonra veri setine hâkim olabilmek için araştırmacı tarafından veri seti defalarca okunmuştur. Bu noktadan sonra kodlama aşamasına geçilmiş ve görüşmeler neticesinde elde edilenlerin manasını taşıyacak şekilde benzer anlamları içeren ifadeler tercih ederek veri setine kodlamalar yapılmıştır. Yine bu aşamada araştırmacı tarafından elde edilen kodlar bilgisayara aktarılarak devam edilmiştir. Bu aşama tamamlanınca araştırmacı tarafından yineleyen kodları bir araya getirmek ve kodlar ile ifadeler arasındaki uyumsuzlukların oluşmasını önlemek için ikinci kodlama yapılmıştır. İkinci kodlamaya geçmeden araştırmacı bir süre ara vermiş ve zihnini dinlendirmiştir. Bu işlemlerden sonra yapılanlar araştırmacının danışmanının denetiminden geçmiş ve alınan geri dönüşler ölçüsünde temalaştırma aşamasına geçmeden evvel verilerin analizi düzenlenmiştir. Araştırmacı bir sonraki adım olarak temaların oluşturulması aşamasına geçmiş ve yine bu aşamada kodlar arası tutarlılığın sağlanmasına dikkat etmiştir. Araştırmacı verileri analiz etmek için Excel programı kullanmıştır. Bu esnada ilk olarak her soruya ait kodlar bir Excel dosyası içerisinde ayrı bir sayfa açılarak toplanmıştır. Daha sonrasında her soru üzerinde ayrı ayrı çalışılarak sırası ile kodlardan kategorilere, kategorilerden temalara ve nihayetinde temalardan st temalara erişilmiştir. Bu aşamadan sonra yine bir dış göz olarak yapılan analizler danışman tarafından incelenmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.9. ARAşTIRMANIN İNANIRLIK, AKTARILABİLİRLİK, TUTARLIK VE TEYİT EDİLEBİLİRLİĞİ

Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenirliği sağlamak nicel araştırmalara göre farklılık göstermektedir (Sığrı, 2021: 135). Yıldırım ve şimşek (2021: 289) Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Ynremleri kitabında bu konuya açıklık getirirken Erlandson ve diğerlerinin Lincoln ve Guba'dan aktardığı bilgiyi kaynak göstermişlerdir. Bu bağlamda nicel araştırmalarda kabul gören geçerlik ve güvenirlik kavramları yerine nitel araştırmanın doğasına uygun olan alternatifler sunulmuştur.

Nitekim bunlar “iç geçerlik” yerine “inanırlık”, “dış geçerlik” yerine “aktarılabirlik”, “iç güvenirlik” yerine “tutarlık” ve “dış güvenirlik” yerine “teyit edilebilirliktir” şeklinde ifade edilmiştir.

- İnanırlık (İç Geçerlik) ve Aktarılabirlik (Dış Geçerlik)

Nicel araştırmalarda geçerlik, kullanılan ölçme aracının ölçmesi gereken unsuru ölçtüğünden emin olmaktır ki bu aracın dikkatli bir şekilde oluşturulmasına bağlıdır. Sonrasında kullanılan aracın öngörülen prosedürlere göre doğru şekilde uygulanması gerekmektedir. Nitel araştırma için ise ölçme aracı araştırmacıdır (Patton, 2014: 64). Tam da bundan ötürü nitel araştırmalarda verilerin ayrıntılı bir biçimde raporlanması ve araştırmacının ilgili sonuçlara ne şekilde ulaştığının ortaya konması geçerlik için önemlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 282). Geçerliği sağlamak için nitel araştırmalarda iç ve dış geçerlik araçları kullanılmaktadır. Sıgır (2021: 141-143)’ya göre iç geçerlik, araştırma süreci tasarlanırken hata yapıp yapılmadığını ve süreçte ölçülmek istenen hususun ne düzeyde ortaya konduğunu ifade etmektedir. Araştırmanın bilimsel açıdan kabul görmesi için araştırma sürecinin ve sonuçlarının şeffaf, tutarlı ve diğer araştırmacılar tarafından teyit edilebilirliği gerekmektedir. Eğer bu unsur sağlanamazsa araştırmanın inandırıcılığından şüphe duyulmaktadır.

Yıldırım ve Şimşek (2021: 283)’e göre dış geçerlik, araştırma sonuçların genellebilirliği ile ilişkili bir kavramdır. Bir başka ifadeyle bir araştırmadan elde edilen sonuçlar benzer durumlara genellebilme özelliği taşıyorsa dış geçerlik sağlanmış demektir. Sosyal olaylar bulunan ortama göre farklılık gösterdiği için bir araştırmanın sonucunu diğer araştırmalara doğrudan genellemek söz konusu olamamaktadır. Yine de nitel araştırmalarda elde edilen sonuçların bir noktaya kadar genellenebilmesi mümkün olmaktadır. Nicel araştırmalarda genelleme doğrudan yapılabilirken nitel araştırmalarda bu ancak deneyimler ve örnekler aracılığıyla olmaktadır.

Nitel araştırmalarda geçerliğin sağlanabilmesi zor bir unsur iken konunun uzmanlarının geçerliğin sağlanması adına bazı önerileri bulunmaktadır. Örneğin Creswell ve Miller (2000: 126-129) geçerlik stratejilerini; “uzun süreli katılım ve sürekli gözlem, üçgenleme, akran incelemesi, olumsuz durum sorgulaması, araştırmacının önyargılarını dile getirmesi, üye kontrolü, zengin betimleme ve dış

denetimler” şeklinde belirtmiştir. Öyle ki Creswell (2020: 255) nitel araştırmacılara bu stratejilerden en az ikisini sağlamayı önermektedir. Bu araştırmada sağlanan kriterler açısından ilk olarak “dış denetim”den bahsetmek yerinde olacaktır. Nitel araştırmaya dair tecrübesi olan tez danışmanı Prof. Dr. Ramazan Erdem tezin her aşamasında yer almış ve bilgi birikimini aktararak tezin şekillenmesini sağlamıştır. İkinci unsur olarak araştırmacının rolü başlığında ifade edildiği üzere konuya dair araştırmacının geçmiş deneyimleri aktarılmış ve bu sayede “araştırmacının önyargılarının ortaya konması” kriteri sağlanmıştır. Üçüncü olarak gerçekleştirilen görüşmelerde tutulan araştırmacı günlüğü ve katılımcıların konuya dair ifadelerinden alıntıların aktarılması sayesinde “yoğun betimleme” kriteri gerçekleştirilmiştir. Dördüncü olarak araştırmacının araştırma süresince tutmuş olduğu araştırma ve araştırmacı günlükleri bir bakıma görüşmelerle ortaya çıkan verileri desteklemiş ve bu açıdan bir diğer kriter olarak “çeşitleme” sağlanmıştır. Son olarak araştırma süresi boyunca gerek fikir alışverişi yapma gerekse yapılan adımlara yönelik geri bildirim sağlama açısından Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye Güngör’ün katkıları sayesinde bir diğer kriter olan “akran incelemesi” sağlanmıştır.

- Tutarlık (İç Güvenirlik) ve Teyit Edilebilirlik (Dış Güvenirlik)

Bir diğer önemli husus olan güvenilirlik, araştırma sonuçların tekrar edilebilirliği ile ilgilidir. Bu anlamda öne çıkan iki kavram ise iç ve dış güvenirliktir (Sıgır, 2021: 136). Nitel araştırma felsefesinin temelinde gerçeklerin kişiden kişiye ve içerisinde bulunulan zamana göre değişim gösterdiği yatmaktadır. Bundan ötürü araştırmanın benzer gruplar üzerinde tekrarlanarak aynı sonuçlara erişilmesi (dış güvenirlilik/teyit edilebilirlik) mümkün olmamaktadır. Yine nitel araştırmanın kendine has özelliklerinden ötürü bir olay ya da durumu herhangi bir başka araştırmacının aynı şekilde algılaması ya da yorumlaması mümkün gözükmemektedir. Öyle ki aynı veriyi iki farklı kimsenin farklı şekilde ele alıp incelemesi (iç güvenirlilik/tutarlılık) söz konusudur (Yıldırım ve Şimşek, 2021: 284-285).

Nitel araştırmalarda güvenirliliğin artması için araştırmacının yüksek kalitede bir ses kayıt cihazı ile kayıt alması ve yazıya aktarması önem arz etmektedir (Creswell, 2020: 255). Bu bakımdan araştırmacının katılımcıların rızası olması halinde

görüşmeleri kaydettiği şayet kişinin izni yoksa not olarak verilerin güvenilirliğini sağladığını ifade etmek gerekmektedir.

Nitel araştırmalarda dış güvenilirliği sağlayabilmek için; araştırmacının kendi konumu, araştırmaya dahil edilen katılımcılar, araştırma sürecindeki sosyal ortamlar, verilerin analizinde kullanılan kavramsal çerçeve ve varsayımlar, veri toplama ve analiz yöntemleri açıkça izah edilmelidir. Aynı şekilde iç güvenilirliği sağlamak için; verilerin betimsel bir yaklaşımla sunumu, aynı araştırmaya birden fazla araştırmacının eklenmesi, çeşitleme, verilerin analizinde başka araştırmacılardan teyit alma ve kuvvetli bir kavramsal çerçeve kullanmak gerekli görülmüştür (Sığrı, 2021: 138-140). Bu açıklamalardan hareketle dış güvenilirlik açısından ilgili araştırmacının rolü, araştırmacının katılımcıları, araştırma ve araştırmacı günlükleri, araştırmanın varsayımları, veri toplama ve analiz yöntemleri ilgili başlıklarında araştırma sürecinde dair bilgi verilmiştir. Aynı minvalde iç güvenilirlik; verilerin katılımcıların ifadelerinden alıntılarla desteklenmesi, görüşmeden elde edilen verilerin kaydedilmesi, araştırma ve araştırmacı günlüklerinin tutulması gerek araştırmacının kendi danışmanından gerekse akranlarından veri analiz sürecinde sık sık destek alması ve konunun arka planına dair kavramsal çerçevenin literatürde sunulmaya çalışılması ile sağlanmıştır. Araştırmanın veri analizi tamamlandıktan sonra araştırmacı ve danışmanı tarafından veri analizinin değerlendirildiği 2,5 saat süren bir toplantı yapılmıştır. Ardından doktora tezlerinde nitel araştırma yöntemini kullanan ve yine bu alanda tecrübesi olan bir Dr. Öğr. Üyesi, iki Arş. Gör., bir Öğr. Gör. ve iki doktora öğrencisinin katılımı ile yapılan alanizlerin değerlendirildiği komite toplantıları yapılmış ve elde edilen geri bildirimlere göre veri analizi süreci geliştirilmiştir.

Son olarak nitel araştırma konusunda uzman olan ve tez izleme komitesinde yer alan Süleyman Demirel Üniversitesinden Prof. Dr. Ramazan Erdem ve Doç. Dr. Ahmet Alkan'ın ve Kırşehir Ahi Evran Üniversitesinden Doç. Dr. Emine Şener'in tezin ilk aşamalarından başlayarak tezin amacının belirlenmesi, metodolojisinin kararlaştırılması, görüşme sorularının hazırlanması, veri analizinin yapılmasına değin süreçte görüşleri alınmış ve bu ölçüde araştırma süreci tamamlanmıştır.

4. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

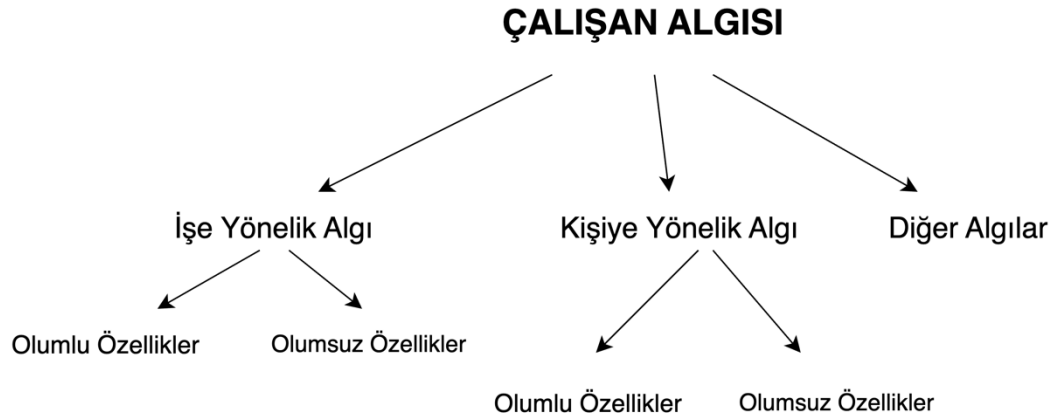
Araştırmanın bu bölümünde yöneticilerin gözünden sağlık çalışanlarının temaruz davranışını ortaya koymak için gerçekleştirilen görüşmelere ait bulgular yer almaktadır. Aşağıdaki kavram haritasında beş ana sorunun analize tabi tutulması neticesinde meydana gelen üst temalar bulunmaktadır.

4.1. ÇALIŞAN VE YÖNETİCİLİK ALGISINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının temaruz davranışını ortaya koyan sorulardan önce ilk olarak katılımcının yöneticilik anlayışını anlayabilmek amacıyla “Çalıştığınız süreç içerisinde çalışanlarınızı gözlemleme şansınız olmuştur. Çalışanlarınızı nasıl algıyorsunuz?” şeklinde bir soru sorulmuştur. Bu bölümde katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplar eksenindeki bulgular sunulmuş ve elde edilen veriler “*çalışan algısı*” ve “*yöneticilik algısı*” şeklinde iki üst temada derlenmiştir.

4.1.1. Çalışan Algısı

Katılımcıların çalışanlarına yönelik algısı “*işe yönelik algı*”, “*kişiyeye yönelik algı*” ve “*diğer*” olmak üzere 3 kategoride toplanmıştır. Bunlar Şekil 4’teki kavram haritasında verilmiştir.



Şekil 4. Çalışan Algısına İlişkin Kavram Haritası

4.1.1.1. İşe Yönelik Algı

Katılımcıların ifadeleri işe yönelik olarak; “*olumlu özellikler*” ve “*olumsuz özellikler*” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

4.1.1.1.1. Olumlu Özellikler

Katılımcıların açıklamalarından hareketle olumlu özellikler noktasında; “her işe koşan”, “işin bilincinde olan”, “işe adanmış”, “canavar gibi çalışan”, “işini seven”, “hastalara iyi yaklaşım sergileyen”, “aktif” ve “elinden geldiğince çalışan” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Burada özellikle benim olduğum yerde **herkes her işi yapar.**” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Çalışanlarımızın tamamının bir şekilde **iş bilinci var.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“Şu anki ekibim **işe adanmış.** Evet, öyle ama bu tamamen kişisel tamamen karaktere göre olan bir şey.” (Meryem Hanım, SSH)*

*“Yani gerçekten ama **canavar gibi hemşirelerim de var.** Zaten onlar olmasa hastane yürümez.” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“Eee nasıl ifade ederiz yani hepsini ayrı ayrı ifade etmek gerekirse baya kişi çalışıyor bizim şeyde laboratuvarında. Bazıları çok düzenli, **nasıl diyeyim işini seven bir grup var.** Bunu yüzdeye vurursak %25.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Yani bizim hastanede hastalara karşı bizim servis için söylüyorum hastalara karşı yaklaşımımız da ben bakıyorum böyle belki işle alakalı pek bir tecrübesi yok ama en azından o konuda **hastalara yaklaşım olarak çok iyiler.**” (Aynur Hanım, SSH)*

*“... kimi çalışan her yerde olduğu gibi gerçekten **daha aktiftir.**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“... yani herkes **elinden geldiğince çalışıyor.**” (Elif Hanım, SSH)*

Bu ifadelere genel olarak bakıldığında anlaşıyor ki yöneticiler çalışanlarının olumlu özelliklerini ön planda tutmakta ve onları nitelerken buradan hareket etmektedir.

4.1.1.1.2. Olumsuz Özellikler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “çalışmaktan kaçan”, “çalışmamak için uğraşan”, “tükenmiş”, “iş yapıp gitmeye bakan”, “sorumluluk almak istemeyen”, “az çaba gösteren”, “iş savaştıran” ve “insan odaklı çalışmayan” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Benim çalışanlarım nesil yenilendikçe tembel. **Çalışmaktan kaçan tipler...**” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“Bazıları yani %20’lik bir şey ortadan yok **olup çalışmamak için elinden geleni yapar.**” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“... yani şöyle bir kere **tükenmişlik** sendromu var. Yani özellikle 10-15 yılını geçirenler tükenmişlik sendromu kesinlikle yaşıyor.” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Ben **mesaimi tamamlayayım** da hani o mantıkla yaklaşanlar var.” (Meryem Hanım, SSH)*

*“... şöyle, bunu görev edinmiyor mesela biz mesleğe atılırken ee her işi yapabilir konumu ile bakıyorduk ama şimdiki bu benim değil ben bu **sorumluluğu almam**, buna imza atmam diye bakabiliyor.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“İşin nasıl olacağı ile ilgili bir **çabaları da yok.**” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Kimileri iş yaptırırken **savsakladığı** için ona göre muamele ediyorum.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“Yani bizim odağımızın insan olduğunu hiç farkında değiller. **Tedavi için gittiği odada yani bir bilgisayarı tamir eder gibi.**” (Hacer Hanım, SSH)*

Bazı yöneticilerin açıklamalarına bakıldığında anlaşılıyor ki çalışanlarının işe karşı yaklaşımlarını yeterli görmemekte ve onları nitelerken olumsuz özelliklerine dikkat çekmektedir.

4.1.1.2. Kişiyi Yönelik Algı

Katılımcıların çalışanlara yönelik algısı “**olumlu özellikler**” ve “**olumsuz özellikler**” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

4.1.1.2.1. Olumlu Özellikler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “**çalışkan**”, “**özverili**”, “**iyi**” ve “**yardımsaver**” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“Genel manada kimse öyle işini boşlayan, şey yapan birisi değil. **Çalışkanlar...**” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Çok yoğun olduğumuz halde yani o konuda iyi ama tabii bu tamamen kişilik meselesi yani öncesinde çok sıkıntı yaşadığımız insanlar da oldu. **Şu anki ekibimiz daha özverili.**” (Meryem Hanım, SSH)*

*“**Kimisi evet, çok iyi diyebilirim.**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Ee hastalar konusunda özellikle biz zaten ortapedi servisi olduğumuz için çok fazla yaşlı hasta, düşünün hasta çoğunlukla işte kalça kırığı gibi şeyler olduğu için **arkadaşlarımız onlara karşı merhametli, bakımlarına hasta yakınlarından daha çok ilgili.**” (Meryem Hanım, SSH)*

Bu ifadelerde yöneticilerin çalışanlarının daha çok iyi özelliklerinin üzerinde durdukları görülmüştür.

4.1.1.2.2. Olumsuz Özellikler

Katılımcıların açıklamalarından hareketle olumsuz özellik noktasında; “tembel”, “idealist olmayan”, “memnuniyetsiz” ve “fazla söylenen” kodları oluşturulmuştur. Katılımcıların bu kodlara dair ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

*“Çalışanlar da toplumdan gelen insanlar. Yani çalışanlar da insan. **Tembel olabiliyorlar.**” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“**Genç ama bir o kadar da tembeller...**” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“... sırf atanıp para kazanmak için tercih edildiği için mesleği sevmiyorlar. **Burada idealistler çok azdır.**” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“**Memnuniyetsizlik var.** Memnuniyetsiz çalışma var bizde. O genelde işte şeyden dolayı nasıl anlatayım hastadan, hasta yakınından dolayı olabiliyor.” (Leyla Hanım, SSH)*

*“Eee bizim artık mesleki şeyden dolayı deformasyondan, fazla söylenme var. Şöyle mesela bir işi yapıyor ama yaptıktan sonra **çok söyleniyor ya da yapana kadar çok söyleniyor.**” (Leyla Hanım, SSH)*

Anlaşıyor ki yöneticiler çalışanlarının olumsuz özellikleri üzerinden onları algılamakta ve onları bu şekilde tanımlamaktadır.

4.1.1.3. Diğer Algılar

Katılımcıların çalışanlarını niteleyen açıklamalarından hareketle “bir kalıba sokmama”, “toplumdaki diğer insanlar gibi”, “mesai arkadaşı” ve “bireysel özelliklerini işe yansıtma” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

*“Çalışanlarımla alakalı kendim görüp kendim tanımak isterim. Yani normalde çalışanlarımı **bir kalıba koymak istemem.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“**Genelleyemem** çünkü kimi çalışan her yerde olduğu gibi gerçekten daha aktiftir daha iyidir, daha özverilidir. Kimisi de daha bir şey yapar çalışmak istemez öyle diyeyim.” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“**Hepsi ayrı ayrı.** Ondan dolayı ayıramadım.” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“**Çalışanlar da toplumdaki insanların bütün özelliklerini taşırlar.**” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

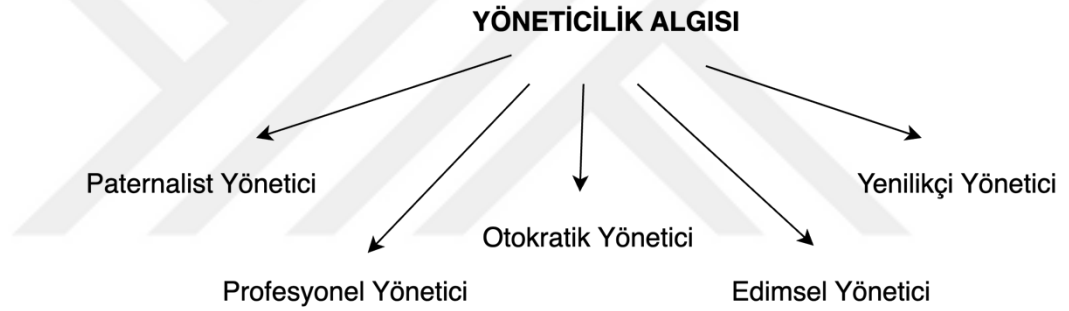
*“Ben çalışanları **mesai arkadaşı** olarak görüyorum.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“**Bireysel özellikler insanların yaptığı işlerde ön plana çıkar** yani çok eee mesela bir insan eğer çok şeyse karakterli ise veya çok düzgün bir insansa yaptığı işi de çok düzgün yapar ama bir insanın karakteri ile alakalı sorunlar varsa onlar ister istemez mesleğine yansiyacaktır.” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Bu açıklamalardan yola çıkıldığında görülüyor ki yöneticiler çalışanlarını belirli kalıplar ya da sıfatlar üzerinden tanımlamak yerine genellememe ihtiyacı hissetmiştir.

4.1.2. Yöneticilik Algısı

Katılımcıların yöneticilik algısı; “*paternalist yönetici*”, “*profesyonel yönetici*”, “*otokratik yönetici*”, “*edimsel yönetici*” ve “*yenilikçi yönetici*” şeklinde 5 kategori altında toplanmıştır. Buna yönelik unsurlar Şekil 5’te verilmiştir.



Şekil 5. Yöneticilik Algısına İlişkin Kavram Haritası

4.1.2.1. Paternalist Yönetici

Katılımcılar yöneticilik algılarına dair paternalist yönetici özelliklerine değinmiştir. Paternalist yöneticilik, çalışanlarıyla babacan bir tavır içerisinde olmayı gerektirmektedir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususa dair; “iletişime önem verme”, “insan ilişkileri iyi”, “kibar iletişim”, “samimi bir ortam oluşturma”, “duygusal”, “destek olma”, “olumlu tavır”, “zorluk çekmelerini istememe” ve “çalışanlara yardımcı olma” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

*“İletişim için ben her gün ziyaret gezerim. Her yeri gezerim. Bütün birimlerimi gezerim. **Çalışanlarla birebir iletişim halindeyim** asla böyle makamımda oturup da onlar gelsin benimle iletişime geçsin değil.” (Melek Hanım, Başhemşire)*

“Eee bulunduğum ortamlarda her zaman zaten insan ilişkilerim iyi olan genel anlamda sevilen de bir insanım. Ee arkadaşlarıma da bunu aynı şekilde yansıtmayı isterim çünkü bizim en kaliteli saatlerimiz burada geçiyor ve bizim işimiz bir masa başı işte ne bileyim başka mesleklerle alakalandırılmaz bile.” (Hacer Hanım, SSH)

“Yaptıracağım şeyleri kibar şekilde ifade ederim.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Ben sorumluyum vs. değil yani hatta İstanbul’dan bir yıl önce yeni bir arkadaş başladı hani hanım diye ben hiç hoşlanmam şeyden ama işte orda ben öyle gördüm dedi hani hiçbir zaman sorumlu ile aramızda bir sınır vardı hani Ayşe Hanım, Fatma Hanım.... Dedim bana ismimi söyle hani yaşıyoruz yakın vs. ya da abla aramızda 12 yaş falan var. Bana çok zor olacak dedi hani sonra kız alıştı harbi o samimiyeti aldı zaten kendisi söylemeye başladı. İlişkilerim samimidir yani.” (Sevim Hanım, SSH)

“Duygusal davranırım.” (Melek Hanım, Başhemşire)

“Bugün ben onu desteklerim yarın o beni destekler öbür gün diğer arkadaşları desteklemem gerekir. İnsanlar ve bizim dışarda da bir hayatımız var...” (Hacer Hanım, SSH)

“Şu anda ben onlar çekmesinler istiyorum. Benim yaşadığımı yaşamalarını...” (Melek Hanım, Başhemşire)

“Çalışma arkadaşlarıma her zaman çok olumlu yaklaşmayı tercih ederim...” (Hacer Hanım, SSH)

Katılımcılardan Elif Hanım *“Ben elimden geldiğince herkese yardımcı olmaya çalışıyorum.”*, Murat Bey *“Ben de mümkün mertebe eğer gerçekten bir sorun olarak görüyorsam onlara hep yardımcı olmaya çalışırım.”* ve Sevim Hanım *“Az çok da herkesi tanıdığım için hani şey kimseyi zor durumda bırakmak istemem açıkçası. Herkese yardımcı olmaya çalışıyorum.”* açıklamaları ile çalışanlarına yardımcı olduklarını dile getirmişlerdir.

Bu ifadelerde görüldüğü üzere yöneticiler çalışanlarıyla ilişkilerinin samimi bir zeminde oluşmasına özen göstermektedir.

4.1.2.2. Profesyonel Yönetici

Profesyonel yöneticilik, yöneticiliği bir meslek olarak ele alıp ona göre iş görmeyi ifade etmektedir. Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu hususta; “uyarlayarak çalıştırma”, “birimleri gezme”, “geri bildirimi yeterli bulmama”, “iş bölümü yapma”, “iş ve arkadaşlığı ayırma”, “sahayı görme” ve “olayları yerinde tespit etme” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara ait katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

*“En büyük avantajımız o. **Bütün birimleri her gün her sabah ziyaret ederiz başhemşirelik olarak.**” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“Kendi yöneticilik şeyimde ben insanları kendim tanımak isterim. **Başkalarından aldığım geri bildirimler benim için önemlidir ama onlara göre net karar vermek değil.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“**İş bölümü yaparım çalışırken hiç sıkıntı yaşamam.**” (Hülya Hanım, SSH)*

*“... **sahayı görmek isterim. Sahadan geri yansıma almaya çalışırım.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“**Olayları yerinde tespit etmek en doğrusu...**” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“**Problemleri yerinde tespit etmek gerek**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Ayşe Hanım “Şeyi sevmiyorum insanlara karşı yaklaşımında **iş ve arkadaşlık ayrımımız vardır bizim klinik olarak. Bu herkes için böyledir. Şuranın dışında yapılması gereken ne varsa o söylenir yapılmadığı takdirde gerekli tavır da koyulur ama şu kapıdan girince her şey normaldir. Beklenen de bu bizden...**” ve Kübra Hanım “**Özel hayatımız da ayrı ama iş ve arkadaşlığın ayrı olduğunu net bir sınırla çizerim. Hepsi bunun farkındadır.**” açıklamaları ile iş ve arkadaşlığın ayrılması gerektiğine vurgu yapmışlardır.

Uyarlayarak çalışmanın üzerinde Emre Bey “Ben şuna inanıyorum. Hepimizin hayatta takındığı maskeler var. Evde eşine, okulda iş arkadaşlarına, öğrencilerine takındığın mesela. Çalışanlar için de aynısı geçerli. Çalışanlarıma gitseniz belki de çok soğukkanlı der. Onu süreç belirler ister istemez. **Mecburen adapte etmem de gerek.**” ve Yağmur Hanım “... **çünkü adaptasyon süreci vardır insanların. Siz gittiğiniz ilk yerde hemen işe koyulamazsınız. İlk önce ortamını bir tanıtırsın. O ortam içerisindeki beklentiler neler, işin beklentileri ne, neleri yapmasını gerektiğini, neleri onaylaması gerektiğini, onaylamaması gerektiğini bunların hepsini bir ay içerisinde oturtursunuz.**” sözleriyle durmuşlardır.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere yöneticiler çalışanlarıyla aralarına bir mesafe koyarak iş gördürmekte ve profesyonel bir bakış açısı taşımaktadır.

4.1.2.3. Otokratik Yönetici

Otokratik yöneticilik, kuralların uygulanmasını ve bir bakıma daha sert bir bakış açısını içermektedir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu noktada; “diktatör”, “disiplinle işleri yürütme”, “hiyerarşiye önem verme”, “işin yürütmesine

önem verme” ve “kafasına vurarak idare etme” kodları oluşturulmuştur. Katılımcıların bu kodlara dair açıklamaları aşağıda sunulmuştur.

*“... **diktatör diyebilirim.** Öyle bir algım var çünkü altımda çalışan ekibin sorumluluğu benim üzerimde, çalıştığımız alanda yatan hastaların sorumluluğu benim üzerimde, alanda bulunan tüm tıbbi cihaz ve diğer serumlar, ilaçlar, tüm sarf malzemelerinin sorumluluğu benim üzerimde olduğu için...” (Kübra Hanım, SSH)*

*“Önce **hiyerarşiye dikkat ediyorum.** Önce sorumlu kendi elemanı ile görüşüyor. Sonra sorumlu aşamadığı zaman gelip yardımcı ile sorumlu görüşüyor. Gerekirse o kişi yardımcıları ile görüşüyor. Yardımcı da aşamadığı zaman ben devreye giriyorum. Öyle...” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“**Mümkün mertebe işler yürüsün.**” (Murat Bey, Başhekim)*

*“Eeee biraz da **disiplinle** bu işlerin yönetilebildiğine inandığım, öyle gördüm o şekilde öğrendim diyeyim daha doğrusu...” (Kübra Hanım, SSH)*

*“**Bazılarını da kafasına vurarak idare ederim.** 2 yılım doluyor yöneticilikte. Kimileri iş yaptırırken savsakladığı için ona göre muamele ediyorum.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

Bu ifadelerden yola çıkıldığında yöneticilerin çalışanlarına karşı daha sert ve katı bir tutum içerisinde oldukları ve aynı zamanda ilişkilerinde bunun ön planda olduğu görülmektedir.

4.1.2.4. Edimsel Yönetici

Edimsel yöneticilik, çalışanların başarısının ödüllendirilmesi ve iş ve işleyişin takibinin sağlanmasını varsaymaktadır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda bu hususta; “hızlı çözüm arama”, “kalıcı çözüm arama”, “sorunları çözmeye çalışma”, “emeğinin karşılığını verme” ve “ödüllendirme” kodları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların ifadeleri ise şunlardır:

*“... **kalıcı ve hızlı çözümler** üretmek isterim.” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“Sorunlarla geliyorlar. **Genelde sorun çözen taraf oluyorsun.**” (Murat Bey, Başhekim)*

*“Yani normalde çalışanlarımızı bir kalıba koymak istemem ve şöyle düşünürüm. Hali hazırda çalışanlarımız bir iş üretilip karşılığında da **emeklerinin karşılığını devlet tarafından karşılandığına inanıyorlar.** Böyle olduğundan dolayı da onları motivasyonları cezadan ziyade **ödül istiyor olması gerektiğine inanırım.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Bu açıklamalara bakıldığında yöneticilerin sorunların üzerine giden ve aynı zamanda çalışanlarına emeğinin karşılığını verme fikrine sahip oldukları görülmüştür.

4.1.2.5. Yenilikçi Yönetici

Yenilike yöneticiler, bürokrasiyi iş görmede bir engel olarak düşünmektedir. Katılımcının açıklamalarından hareketle bu bağlamda “bürokrasi engeli” kodu oluşturulmuştur.

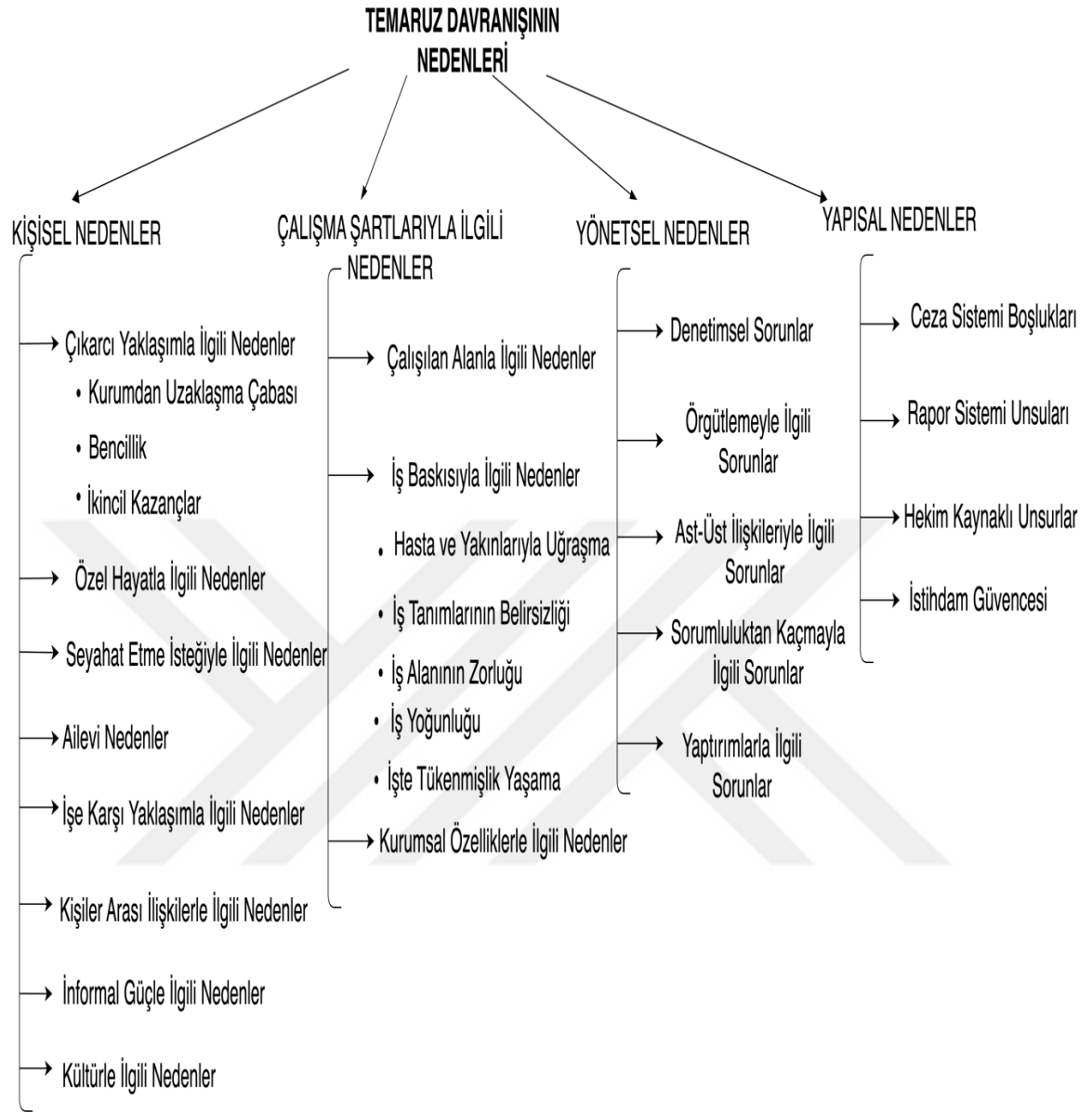
*“... ama burada şöyle bir parantez açmak lazım. Bazı şeyler **bürokrasi ile döndüğünden dolayı süreç yavaş işliyor**. Bununla alakalı bir geri bildirimimiz olsun. Süreç yavaş işlediğinden dolayı da eee çözümler çok akut ve hızlı olmuyor.” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Açıklamalar göstermektedir ki işlerin yavaş yürümesi nedeniyle yöneticilerin sorunlarla baş edebilme durumu zorlaşabilmektedir.

Bu bulgulardan hareketle yöneticilerin çalışan algısının iş görme ve kişilik özellikleri üzerinden şekillendiği anlaşılmaktadır. Kimi yöneticiler çalışanlarının işlerine yönelik daha özverili olduklarını düşünürken kimileri bu noktadan ayrılmaktadır. Yönetici algısı bakımından katılımcıların genel itibarıyla çalışanlarına karşı daha ılımlı bir bakış açısına sahip oldukları fark edilse de bunun aksine görüşe sahip olanlar da bulunmaktadır.

4.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TEMARUZ DAVRANIŞININ NEDENLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

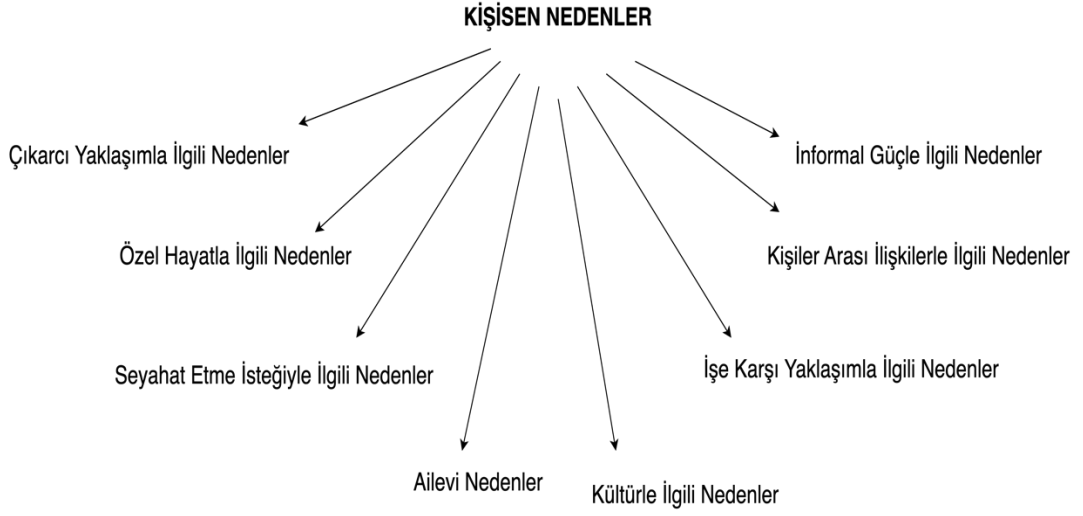
Bu bölümde sağlık çalışanlarının temaruz davranışının nedenlerine yönelik bulgular yer almaktadır. Temaruz davranışının nedenleri; “*kişisel nedenler*”, “*çalışma şartlarıyla ilgili nedenler*”, “*yönetimsel nedenler*” ve “*yapısal nedenler*” olmak üzere 4 temada toplanmıştır. Bunlar Şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 6. Temaruz Davranışının Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası

4.2.1. Kişisel Nedenler

Katılımcıların ifadelerine göre kişisel nedenler; “*çıkarıcı yaklaşımla ilgili nedenleri*”, “*özel hayatla ilgili nedenler*”, “*seyahat etme isteğiyle ilgili nedenler*”, “*ailevi nedenler*”, “*işe karşı yaklaşımla ilgili nedenler*”, “*kişiler arası ilişkilerle ilgili nedenler*”, “*informel güçle ilgili nedenler*” ve “*kültürle ilgili nedenler*” şeklinde 8 kategoriye ayrılmıştır. Buna yönelik unsurlar Şekil 7’de sunulmuştur.



Şekil 7. Kişisel Nedenlere İlişkin Kavram Haritası

4.2.1.1. Çıkarıcı Yaklaşımla İlgili Nedenler

Katılımcıların çıkarıcı yaklaşıma dair ifadeleri; “*kurumdan uzaklaşma çabası*”, “*bencillik*” ve “*ikincil kazançlar*” şeklinde üçe ayrılmıştır. Bunlar Şekil 8’de sunulmuştur.



Şekil 8. Çıkarıcı Yaklaşıma İlişkin Kavram Haritası

4.2.1.1.1. Kurumdan Uzaklaşma Çabası

Katılımcılar, sağlık çalışanlarının temaruz davranışını kurumdan uzaklaşmak için sergilediklerini beyan etmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu bağlamda; “izin alma”, “işe gitmeyi istememe”, “işle yüzleşmeme”, “işten kaçma” ve “başka bir mazeretinin olmaması” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Bir şekilde şunu iyi algılıyo, hasta olmasa bile bir şekilde rapor aldığı vakit işe gitmek zorunda kalmıyor ve bununla yüzleşmek zorunda kalmıyor.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Her insan neden sergiliyorsa o da ondan. Çıkar elde etmek için, işten kaçmak için. Yani yararına, çıkarına bir şey elde etmek için. İşten kaçmak için.” (Murat Bey, Başhekim)

“Gerekli bir mazereti yoktur, boşu boşuna diyeyim o nöbeti tutmama istediğinden kaynaklanan bir şeydir, ee biz bunları çok yaşadık.” (Hacer Hanım, SSH)

“... bahane bulamıyordur, hastayım der.” (Leyla Hanım, SSH)

İzin alabilmek için temaruz davranışının sergilendiğini Hülya Hanım “Yani normalde hasta olmadığı halde hasta gibi davranıyorsa izin almak içindir.”, Furkan Bey “... ya 20 gün benim neyime yeter gideceğim, 10 gün tatil hakkım, 10 gün memlekete gitsen kurtarmıyor.” ve Meryem Hanım “Ee şimdi yıllık iznimi tatilde kullanırım ben. Herkes onu yapar çünkü. Tatil yapar yıllık izninde.” açıklamalarıyla ortaya koymuşlardır.

Bu açıklamalar göstermektedir ki sağlık çalışanları izin almada zorluk yaşadıklarında veya başka bir mazeretleri olmadığında temaruz davranışını sergilemektedirler.

4.2.1.1.2. Bencillik

Sağlık çalışanları bencil bir tutum ile hareket ederek temaruz davranışına başvurmaktadır. Katılımcıların bu bağlamdaki açıklamalarından hareketle; “benmerkezli yaşam”, “çıkar elde etme”, “kendi huzurunu düşünme”, “kendini koruma”, “özgürlüğünü düşünme”, “geri kalanları düşünmeme” ve “boşverme” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik ifadeler aşağıda sunulmuştur.

“İnsanlar ben merkezli yaşar. Ben merkezli yaşayan insanlarda da önemli olan kendi şeyleridir. Önemli olan kendi huzurudur, kendi şeyidir. Öyle olduğundan dolayı da geriye kalan çok umurunda olmaz.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“... geride kalanları düşünmeden hareket etme söz konusu. Öyle şeyler çok var.” (Elif Hanım, SSH)

“Önemli olan kendi huzurudur, kendi şeyidir...” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Bunun da tam olarak sebebi pandemi döneminde başındaydı. Pandemide bu koranavirüsün tam olarak nereye tuttuğu emin olmamakla birlikte akciğeri tuttuğunu öngörüyordu uzmanlar. Akciğerde eğer hani bir nodülüm var, kanserim var diye yöneticilerime bu şekilde iletirsem beni pandemi

yoğun bakımlarında veya servislerinde kullanmazlar diye düşündü muhtemelen.” (Kübra Hanım, SSH)

*“Tamamen insanlar kendi özel hayatlarını, **kendi özgürlüklerini düşünüyorlar.**” (Elif Hanım, SSH)*

*“**Biraz boşvermişlik...**” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

Murat Bey “Yani yararına, **çıkartına bir şey elde etmek için...**” ve Yusuf Bey “O yine kişisel **kendi çıkarları için** yaptığı bir şey...” açıklamalarıyla kişisel çıkarlar nedeniyle davranışının sergilendiğini beyan etmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere sağlık çalışanları kendilerini düşünerek hareket ettikleri ve geri kalanları önemsemedikleri için temaruz davranışını sergilemektedir.

4.2.1.1.3. İkincil Kazançlar

Temaruz davranışında ikincil kazançlar önemli bir yer teşkil etmektedir. Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu noktada; “ilgi görmek”, “ikincil kazançlar”, “dinlenme”, “ara verme” ve “rahata erişme” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlarla ilgili katılımcı ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Şöyle diyeyim belki **ara vermek** gibi kendince...” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Tip 1 diyabeti olan bir hemşire arkadaşımız vardı. Onun durumu biraz daha farklı mesela. İnsilün dozunu overdoz kullanıyordu ve bayılabiliyordu. Bunu ama **sekonder kazanç** için yapıyordu, **insanlar onla ilgileniyordu o şekilde olduğunda.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“Burada şunu göz ardı etmemek lazım her marifet iltifata tabidir dediğimiz kavram aslında şurada çıkıyor; siz can siparane çalışıyorsunuz ama kimse size teşekkür etmiyor. Ama siz o anda şekeri var kızın ama ona rağmen çok çalışıyor ve burada bayılıyor. Onların bayılmaları çok kötü. İnsanlar kendilerini koruyarak düşerler. Hipoglisemi epizotlarında ben birkaç defa denk geldim. Birinde mesela kızcağızın dişi kırıldı. Bunu istemli olarak overdoz yapıyordu. İstemli olarak yapıyordu, biz birkaç defa çağırdık konuştuk. **İkincil kazanç elde ediyor.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“Yani nesil çok tembel, kolaycı, **rahatı istiyor.** Bu rahata ulaşmak için de sağlık durumunu kullanıyor.” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“A bölümündeki eleman çalışmıyor, ben niye burada çaba göstereyim ya da **ben niye rahat değilim, ben niye hasta çekiyorum**” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

Katılımcılardan Furkan Bey “Bazen bir **dinlenmek isteyebilir.**” şeklindeki açıklamalarıyla dinlenme isteğinden ötürü temaruz davranışının sergilendiğini beyan

etmiştir. Yine Meryem Hanım da “... bir yerde rapor alır gider **dinlenmek** için **kaçar.**” açıklamalarıyla bu noktanın üzerinde durmuştur.

Anlaşıyor ki sağlık çalışanları iş yerinde daha rahat çalışmak ya da konforlu bir çalışma alanına sahip olmak için temaruz davranışına başvurmaktadırlar.

4.2.1.2. Özel Hayatla İlgili Nedenler

Sağlık çalışanları özel hayatlarında bazı sorunlar olmasından ya da özel işlerini görebilmek için temaruz davranışına başvurmaktadırlar. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “sorunları olması”, “özel bir işinin olması” ve “sosyal işler” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair alıntılar aşağıda yer almaktadır.

“Mesela dışardaki hayatında taşıyamacağı kadar yükleri olan, bu onun elinde olmayan sebeplerden dolayı da olabilir. Yani içinden çıkamadığında artık hiçbir şeyi yoluna koyamadığını düşündüğünde...” (Hacer Hanım, SSH)

Sevim Hanım “*Bence neden yapar mesela, eee işi vardır ya özel bir şeyi vardır ya da memleketine gitmiştir.*” ve Elif Hanım “... özel hayatlarını buraya göre değil de **özel hayatlarına göre buranın ayarlanmasını istiyorlar.**” açıklamalarıyla özel işler nedeniyle temaruz davranışının sergilendiğini dile getirmişlerdir.

Sosyal işler noktasında Aynur Hanım “... işte normal **sosyal işlerle alakalı.** Özel kendi sevgilisi ile tartışıyor. Ben gelemiyorum ya da işte sevgilisinin yanına gidiyor ben gelemiyorum...” ve Furkan Bey “... **dışardaki işlerine vakit ayırabilmek için...**” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Görüldüğü üzere sağlık çalışanları özel hayatlarında yaşadıkları bazı sorunlar ya da sosyal işlerden kaynaklı temaruz davranışına başvurmaktadırlar.

4.2.1.3. Seyahat Etme İsteğiyle İlgili Nedenler

Temaruz davranışı seyahat etme isteğinden ötürü sergilenmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “tatile gitme”, “arkadaşı ile gezmek isteme” ve “memlekete gitme” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik alıntılar aşağıda yer almaktadır.

*“... şöyle bir kafam, havam dağılsın diye de isteyenler oluyor. Bir **memlekete gideyim,** bir bilmem neyi göreyim falan modunda da oluyor...” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)*

Meryem Hanım “*İzni aldıktan sonra **gezmeğe giden, şehir dışına çıkan eee hani kafeye şuraya buraya gidip arkadaş ortamında bulunan oluyor.***” ve Ahmet Bey

“... bununla alakalı bir arkadaşımız hasta olduğuna dair rapor getirdi. İşte üst amiri bana şey yaptı hasta da olabilir yani dedim. Akabinde aradan bir veya iki gün geçti bana instagramdan şey gösterdi mesela bir yere **gezmeğe gitmiş**, oradan da resim paylaşmış...” açıklamalarıyla arkadaşıyla gezmek isteme noktasının üzerinde durmuşlardır.

Furkan Bey “*Daha çok **tatıl yapabilmek** için...*” ve Ayşe Hanım “*Rapor alıp **tatile giden** insanlar var mesela. Ben çok ciddi rahatsızım diye gidip benden saklayıp bir başkasının telefonda o kişinin tatile gitmişliğini görmüşlüğü var.*” sözleriyle tatile gitme isteğine değinmişlerdir.

Bu ifadelerden yola çıkıldığında sağlık çalışanlarının temaruz davranışını tatil yapabilmek ve sosyalleşebilmek için sergiledikleri anlaşılmaktadır.

4.2.1.4. Ailevi Nedenler

Katılımcıların temaruz davranışının neden sergilendiği sorusuna verdikleri cevaplardan hareketle; “aile ile vakit geçirme”, “çocuk sahibi olma”, “evlilik hazırlığı yapma” ve “ailevi sorunlar” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Yani ne yapıyor, **evlilik hazırlığı yapacak ama rapor alıyor**. Onun zaten nikah izni var değil mi?” (Melek Hanım, Başhemşire)

“Bu nöbet usulü çalışılan bir iş. **Çocukları var mesela**. Çocuklarını eşine bırakıp gece nöbet tutması gerek ancak bahaneler uydurduğunu görüyoruz...” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

Aile ile vakit geçirme noktasında Melek Hanım “*Mesela ailesi gelmiştir, **ailesini gezdirecektir**, rapor alıyor.*”, Sevim Hanım “*Cuma günü mesaideyiz bir arkadaşla yine yeni başlayanlardan. Cuma günü mesai yaptık. Cumartesi bu kişi nöbetçi. Çok normaldik Cuma her şey normaldi. Abla görüşürüz, iyi akşamlar, beşte gitti falan. Sonra Cumartesi günü nöbete gelmemiş. **Cumartesi günü Cuma meğer Konya’ya gitmiş gece ailesinin yanına...***” ve Ali Bey “*Muhtemelen de dediğim gibi mesela bu kişinin ailesi esnaf. Bir tek atıyorum pazar günü nöbeti vardır. O güne rapor almış. Esnaflar da genelde pazar günü kapatıyorlar ya **aile beraber vakit geçirmek için muhtemelen.***” açıklamalarında bulunmuşlardır.

Aynur Hanım “***Ailesiyle ilgili bir problem çıkıyor.***” sözleriyle ailevi sorunlardan ötürü temaruz davranışına başvurulduğunun üzerinde durmuştur. Benzer şekilde Hacer Hanım “*... bu onun elinde olmayan sebeplerden dolayı da olabilir **ailevi***

sebepler...” ve Sevim Hanım “... bir hemşire arkadaş sık sık rapor almaya başladı, eee *eşi ile zaten kötü araları, problemlili, sıkıntılı...*” açıklamalarıyla bu noktanın üzerinde durmuşlardır.

Görülüyor ki sağlık çalışanları ailesiyle ilgili yaşadıkları sorunlarda ya da onlarla bir arada olmak istediklerinde temaruz davranışına başvurmaktadırlar.

4.2.1.5. İşe Karşı Yaklaşımla İlgili Nedenler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu bağlamda; “mesleğini sevmeme”, “çalışmak istememe”, “işe girilen kadroyu istememe”, “eve gitmeyi isteme”, “işini önemsememe”, “çok çalıştığını düşünme”, “kazandığı parayı yetersiz bulma” ve “yoğun çalışmayı istememe” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Bazısı da eve gitmek için ay ben kendimi çok kötü hissediyorum eve gitsem falan...” (Hülya Hanım, SSH)

“İşini çok fazla benimsememiştir, önemsemediyordur.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Şöyle izah edeyim ... sizin iş vereniniz veya işte üst amiriniz veya sizin pozisyon olarak üstünüzde bulunan kişi adını ne koyarsanız iş vereniniz size yeterince tatmin edecek bir rakam veriyorsa mutlu gelirsiniz ve mesleğinizde daha verimli olmaya çalışırsınız. Olayın bence bir bu boyutu var.” (Ahmet Bey, Başhekim)

Yağmur Hanım “Bu işi sevmediği için bu işi de yapmak istemiyor. Bunun için de hastayım moduna geçiyor. **Mesleğini sevmiyor.**”, Elif Hanım “**Gerçekten mesleğini sevmesi lazım.** Bazen sırf kısa yoldan bir yerlere gelmek için insanlar bu işi yapıyor.” ve Ahmet Bey “Şöyle izah edeyim ben size mesela sizin **mesleğinizde mutluyunuz, seviyorsunuz ki bu önemlidir.**” Açıklamalarıyla mesleği sevip sevmemenin önemine değinmişlerdir.

Çalışmak istememek üzerinde durulan bir neden olmuştur. Öyle ki Meryem Hanım “Var işte hani bunlar biriktikçe **çalışmak istemiyor.** Çalışırken sürekli işte şuram ağrıyor buram ağrıyor diyip arazi olmak derler, hani şey yapar, işi üstlenmez, sırtlanmaz bir yerde rapor alır gider dinlenmek için kaçır.”, Elif Hanım “Onun dışında nasıl diyebilirim **çalışmak istemedikleri** için. Mesela düşünün ki yani biraz önce söyledim nöbete gelecek hasta olmadığı halde ben hastayım diyerek gelmiyor.” ve Yusuf Bey “... demek ki o gün motivasyonu yok, **çalışmak istemiyor.** Sebebi o olabilir...” sözleriyle bu noktayı desteklemişlerdir.

Emre Bey “İşe girerken yalvar yakar giriyor çoğu kimse. Nolur bizim çocuğu alın da tuvaleti temizlesin diyor babası. **Hemşire hanım ne yapıyor mesela kendi servisine uygun olmayan bir tanım yapıyor. Bunlar da insan nihayetinde.**” ve Melek Hanım “Kişiler işe girerken ne olursa çalışacağım diyor ama **işe girdikten sonra işin kurdu oluyorlar.**” şeklindeki açıklamalarla işe girilen kadronun sonradan istenmemesi nedeniyle temaruz davranışına başvurulduğunu dile getirmişlerdir.

Melek Hanım “Tanı koyuyor, gribal enfeksiyon mesela. Sen çalışırsın diyor ama kişi ne diyor hocam bana rapor verir misiniz **ben çok çalışıyorum.**” açıklamalarıyla çok çalıştığını düşündükleri için sağlık çalışanlarının temaruz davranışını sergilediklerini ifade etmiştir. Emre Bey de “Şöyle kendi emsallerine göre **daha ağır iş yaptığını düşünen** kimseler daha kolay temaruza başvurur. Bir insanın çalışmada gözü yoksa en rahat yerde bile yine kaytarır.” açıklamalarıyla bu bağlamı desteklemiştir.

Hülya Hanım “Hani insanlar o **yoğunluktan kaçmak** için o yola başvurur.”, Ayşe Hanım “Servisim çok yoğun, **yoğunluktan, çalışmaktan...** rapor alıp hasta değil ama hastaymış gibi davranan insanları da o şekilde değerlendirebiliriz.” ve Leyla Hanım “... **mesela yoğun olduğu dönemler, yoğun servislerde falan...**” sözleriyle yoğun çalışıldığı için temaruz davranışının sergilendiğini ifade etmişlerdir.

Bu noktadaki açıklamalardan hareketle sağlık çalışanlarının mesleklerine karşı aidiyetlerinin düşük olması, mesleklerini severek icra etmemeleri gibi nedenlerden ötürü temaruz davranışına yöneldikleri görülmüştür.

4.2.1.6. Kişiler Arası İlişkilerle İlgili Nedenler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu noktada; “arkadaş ortamı” ve “arkaşı ile sorunlar yaşama” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara dair ifadeler aşağıda yer almaktadır.

Ayşe Hanım “Ne diyorum yıllardır niye bu klinikteyim artık on yıldır buradayım. Hani bugün gidip desem ki ben servis değişikliği istiyorum prosedür gereği derler ki hani beş yıldan fazla psikolojik olarak birinin bir yerde çalışması sıkıntı değişelim derler ama **ortamımı sevdiğim için ee gitme ihtiyacı duymuyorum, hasta olma ihtiyacı duymuyorum.**”, Furkan Bey “Motivasyonu esasında en başta bir kere çalıştığı bölümü sevmesi önemli. Sevmediği zaman sürekli bahaneler olur. İzin alır, hasta olur vs. vs. bir de **çalıştığı ekip önemli.**” ve Aynur Hanım “... **ekip**

arkadaşını sevmeyebilir. Yani mesela ben o kişi ile çalışmak istemiyorum deyip bahaneler üreten de oldu.” açıklamalarıyla arkadaş ortamının etkisinden bahsetmişlerdir.

Arkadaşı ile sorun yaşama noktasında katılımcılardan Leyla Hanım “**Çalışma arkadaşı ile çok zıtlasma olmuş olabilir.** Mesela çalıştığınız ortamda eğer ki bir arkadaşınızla ya da bir insanla tartışıyorsanız ya da artık zıtlşıyorsanız bir yerden sonra çalışma arkadaşlarınız ile aranız iyi olmadığında işe bile gelmek istemez insan. Yani iş yapmak değil de artık o insanlarla karşı karşıya gelmek istememek.”, Burak Bey “**Ekipteki bireyler çatışıyorsa orası çığırından çıkar.** Ekipteki kişiler arasındaki ilişkiler yani... Bazen çalışanlar arasında problemler olabiliyor.” ve Fatih Bey “Yani bazen hani **çalışma arkadaşlarıyla kötü oldukları** durumda da şöyle bir kafam, havam dağılsın diye...” sözlerini sarf etmişlerdir.

Görülüyor ki sağlık çalışanları çalıştıkları ortamda yaşadıkları kişiler arası sorunlardan dolayı temaruz davranışı sergileyebilmektedirler.

4.2.1.7. İnfomal Güçle İlgili Nedenler

Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu noktada; “arkasında güç olması”, “ekonomik durumunun iyi olması”, “sağlık çalışanlarının hastalıklarının kliniğini bilmesi” ve “sağlık çalışanı olmanın işi kolaylaştırması” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Nasıl olsa bir yerde çalışırım ya da benim zaten ekonomik durumum iyi ihtiyacım yok.” (Melek Hanım, Başhemşire)

Arkasında güç olması noktasında Elif Hanım “... **bazen arkasında olan siyasi güç olur, farklı şeyler olur...**” ve Melek Hanım “Bir de nasıl diyeyim ya **arkasında bir güç hissedener.** En çok onlar. **Bu siyasi güç olabilir.**” açıklamalarında bulunmuşlardır.

Sağlık çalışanlarının meslekleri gereği hastalıkları bilmektedirler. Bu unsuru Emre Bey “... ancak kimisi **kliniğini de biliyor.** Kol uyuşukluğu diyor. Hekim anlayamaz bunu. Belirli hareketleri söylüyor. Hekim de mecburen istirahat yazıyor.” şeklindeki açıklamalarla desteklemiştir. Yine Yusuf Bey “Bir de sağlık çalışanlarından bahsediyoruz normal dışarda inşaatta çalışan adamdan bahsetmiyoruz ki. **Her bir şeyi en azından okulda biraz görmüş. Teoriğini görmese de iş hayatında çalışırken yaşamıştır yani.**” ve Fatih Bey “Ya bir önceki arkadaş

idrar yolu enfeksiyonu diye rapor vermişiz benim de akıntım var ya da idrar yaparken yanma var gibi şeyler oluyor...” sözleriyle bu noktayı üzerinde durmuşlardır.

Leyla Hanım “*Mesela bir sağlık çalışanın mı rapor alması sizce daha kolay dışardaki öğretmenin mi rapor alması daha kolay? Bundan bahsetmeye çalışıyorum. Sağlık çalışanı için öyle değil.*” ve Emre Bey “*İnsandır çünkü. İnsanlar kendi istediklerini elde etmek için yalan da söyler rol de yapar. Bu şey yani insan olmakla ilgili. Sağlık çalışanı olmaları ile direk bir ilgisi yok. Ancak sağlık çalışanı olmaları bu işi kolaylaştırır.*” şeklindeki açıklamalarla sağlık çalışanı olmanın temaruz davranışına geçişi kolaylaştırdığını dile getirmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşılabacağı üzere sağlık çalışanları gerek maddi güce sahip olması gerek kendilerini koruyan biri olması hasebiyle temaruz davranışına başvurmaktadır. Aynı zamanda sağlık çalışanları mesleklerini icra ederken sahip oldukları bilgi gücünden kaynaklı temaruz davranışı sergilemektedirler.

4.2.1.8. Kültürle İlgili Nedenler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “doğu toplumlarındaki hasta kültürü” ve “toplumda hastaya bakış açısı” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Aslında şöyle düşünmek lazım. Sekonder kazançlar bizimki gibi toplumlarda fazladır. Şöyle düşünün mesela kendi ailenizden düşünün hasta olduğunuzda aileniz size karşı sempatisi daha yüksektir, şefkati daha yüksektir. Yani normalde mesela canınızın ne istediğini kimse sormaz ama o dönem mesela canınızın ne istediğini sorar veya çok böyle ağır işler yapmak zorunda kalmazsınız. Onlardan belirli bir dönem şey yaparsınız.”
(Ahmet Bey, Başhekim)

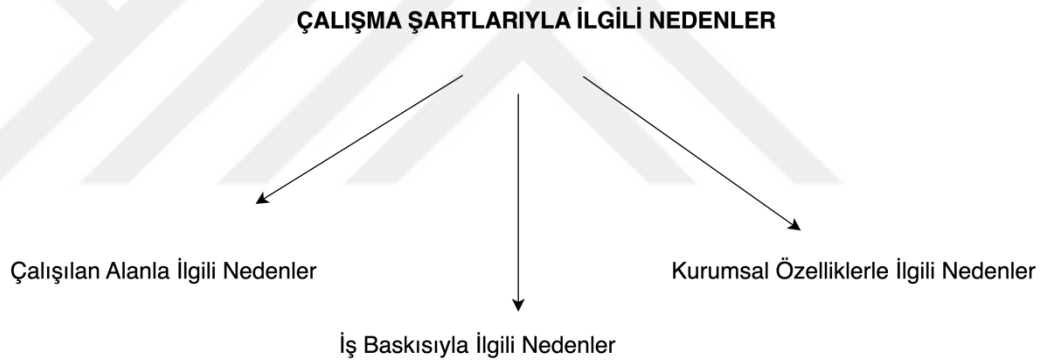
“... insanların kendisini çok rahat birey olarak ifade edemediği toplumları kastediyorum aslında. Aslında doğu toplumu... Bu bireylerin kendilerini çok yeterince ifade edemediği toplumlarda olur. Biraz daha toplumun kendisi net birey olarak ifade edememesi hasebiyle olduğunu düşünüyorum ve sekonder kazanç her yerde oluyor. Mesela bununla alakalı şey var kısa bir fıkra var işte adamın biri evlilik yapıyor. Evliliği akabinde köy yeri işler vs fazla oluyor yenge hanım çok yoruluyor. Bir gün bir şey oluyor ayağı inciniyor. Ayağına işte bir bez parçası bağlıyor. Ayağı ağrıyor, öyle ağrıyor adam da zalim bir insan değil neticede. Tam bu işi sen yapma ben yapayım diyor. Süre biraz uzuyor şimdi kadının ayağı ağrımıyor ama huzurlu yani mevcut konumundan gayet mutlu çünkü iş yapmıyor şey yapmıyor oturuyor sabahtan akşama kadar. Sürekli ayağını ovuşturuyor işte öyle ağrıyor böyle ağrıyor diye eşinin de onu çalıştıracağına farkında olarak. Sonra bir gün adam kahveye gidiyor. Kahvede diyor bizim hanım da hasta ama bir türlü iyileşmedi. Biri de diyor ki o numara yapıyordur. Ya olur mu diyor benim eşim numara yapmaz. Diğeri ben sana bir şey

söyleyeyim diyor şimdi uyurken sağ ayağındaki bezi aç sol ayağına bağla. Olur mu diyor olur bir dene bakalım. Ondan sonra adam eve gidiyor eşi uyuyor pozisyonda ayağındaki bez parçasını alıp sol ayağına bağlıyor. Kadın uyanıyor nasıl oldun diyor hanım kadın böyle ayağına elini götürüyor bakıyor sağ ayağı yok diyor bez bu tarafta ooo çok ağrıyor ediyor diyor. İkincil kazançlar insanları fazlasıyla motive eder. Yani aslında bu çok gerçekçi bir hikâye. Biraz o şekilde düşünmekte fayda var zannımca.” (Ahmet Bey, Başhekim)

Bu ifadelerden yola çıkıldığında anlaşıyor ki sağlık çalışanları toplumda hastanın yerini ve hastalık algısını bildikleri ve bireysel toplum olamayan toplumlarda hastalığın önem atfedilen bir yerde olduklarını fark ettikleri için bu davranışı sergilemektedirler.

4.2.2. Çalışma Şartlarıyla İlgili Nedenler

Katılımcıların ifadelerine göre çalışma şartlarıyla ilgili nedenler; “*çalışılan alanla ilgili*”, “*iş baskısıyla ilgili*” ve “*kurumsal özelliklerle ilgili*” nedenler olmak üzere 3 kategoriye indirgenmiştir. Bunlara ilişkin unsurlar Şekil 9’da verilmiştir.



Şekil 9. Çalışma Şartlarıyla İlgili Nedenlere İlişkin Kavram Haritası

4.2.2.1. Çalışılan Alanla İlgili Nedenler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu bağlamda; “*çalıştığı yeri istememe*”, “*yetersiz bir alana gönderilme*”, “*başka birime görevlendirilme*”, “*kapalı alanda çalışma*” ve “*rahat hissetmeme*” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Mesela fiziksel olarak çok yetersiz olduğunuz bir alana görevlendirilerseniz görevi bırakmak için çeşitli alternatif yollar aramaya başlarsınız. Fiziksel özelliklerde bence verilen işle özelliklerin uygunsuz olması. Önce bu önemli...” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Yani kişinin çalıştığı ortam psikolojik olarak rahat hissetmemesi veya yaptığı işten mutlu olmaması gibi sebeplerle aslında Pazartesi işe gelmek

istemiyor. Bu kişilerde rapor kullanım oranı daha fazla...” (Ahmet Bey, Başhekim)

Burak Bey “...çalıştığı yerden memnun olmayan birkaç kişi biliyorum. **Onlarda oluyordu mutlaka, burada ne işim var gibisinden.** Sürekli sorun çıkarıyordu, sürekli hastayım rapor alıyordu izin alıyordu vs. o tipler de vardı.”, Sevim Hanım “... **çalıştığı servisten mesela memnun değilse...**” ve Ayşe Hanım “... ben bu klinikte mutlu değilim. **Ben bu klinikte çalışmak istemiyorum** benim yerimi değiştirebilir misiniz diyemeyip film fırıldak çevirip kaos yaratıyorsa eğer...” açıklamalarıyla çalıştığı yeri sevmemenin üzerinde durmuşlardır.

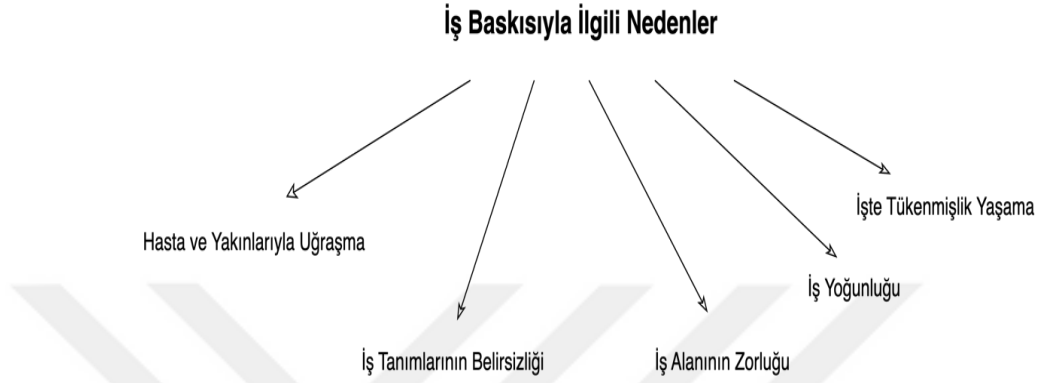
Başka birime görevlendirilmeye dair katılımcılardan Elif Hanım “**Öyle bir görevlendirme yapılıyor ama bu tabii ki bazı arkadaşlarımız bunu istemiyor.** Yani biz yeni doğan isek burada çalışalım deniyor ama başhemşirelik de haklı olarak diyor ki burada hasta yok, hasta olmayan birimde ben iki kişi tutamam ya da üç kişi tutamam. O yüzden görevlendirme olarak yönlendiriyor.” şeklinde açıklamalar yapmıştır. Hacer Hanım da “Gün içinde falan bu olmuştu bir kere nöbet tutulmayan bir birimdeydik. **Takviye olarak gitmiştik.** Yanımdaki arkadaşta hiçbir şey yoktu falan sonra dediler ki acilde bir tane nöbet var. Bu kişi yani bu nöbeti senin tutmanı istiyoruz. İdare o şekilde onunla görüştü. Ayyy ben çok kötüydüm de korsemi de taktım hatta korsem de takılıydı da işte şöyleydi. Baktım gün içerisinde hiçbir şeyi yokken birdenbire nerdeyse hastaneye yatacak şekilde dile getirmeye başladı...” sözleriyle bu bağlamı desteklemiştir.

Kübra Hanım “Ee ben yoğun bakım bazında konuşayım. **Kapalı alan olduğu için zaten insanlar şey motivasyon olarak düşükler... Gece ve gündüzün ayrımının farkı olmuyor.**” ve Emre Bey “Mesela beyin cerrahisi servisinde çalışan bir hemşire. Yoğun bakımda çalışan da hemşire. Kan almada çalışan da hemşire. Bu üç hemşire teknik anlamda aynı ödemeyi alıyor ancak kan almadaki hemşire hafta içi mesai saatlerinde çalışıp evine gidiyor. **Yoğun bakımdaki ise gece sabaha kadar yoğun bakım gibi tamamen kapalı bir alanda güneş ışığı görmeden hasta inlemeleri, cihaz gürültüleri arasında çalışıyor.**” sözleriyle kapalı alanda çalışmamak için temaruz davranışına başvurulduğunu dile getirmişlerdir.

Bu noktadaki ifadelerden anlaşılıyor ki sağlık çalışanları çalıştıkları alana dair sorunları olduğunda temaruz davranışı sergilemektedirler.

4.2.2.2. İş Baskısıyla İlgili Nedenler

İş baskısına dair katılımcıların ifadeleri; “hasta ve yakınlarıyla uğraşma”, “iş tanımlarının belirsizliği”, “iş alanının zorluğu”, “iş yoğunluğu” ve “işte tükenmişlik yaşama” şeklinde beşe ayrılmıştır. Buna yönelik kavram haritası aşağıda yer almaktadır.



Şekil 10. İş Baskısıyla İlgili Nedenlere İlişkin Kavram Haritası

4.2.2.2.1. Hasta ve Yakınlarıyla Uğraşma

Katılımcılar hasta ve yakınlarıyla uğraşmanın temaruz davranışına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bağlamda; “hasta yakınlarıyla uğraşma”, “hasta yoğunluğu”, “hastalarla uğraşma” ve “hasta bakımı” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair ifadeler aşağıda yer verilmiştir.

Ahmet Bey “**Hasta olan insanlar yanında bir de onların üzülen, endişelenen yakınları ile uğraşıyor. Yani normalde ben sana çikolata sattım tamam mı çikolata bozuk olursa kimi etkiler sadece seni etkiler, aile bireylerini etkiler zehirlenirsen edersen ama normalde siz doktora gittiğinizde kimi etkiliyor seni, yakınlarını onlarda endişeli bir bekleyiş var. Sağlık hizmetlerini göz ardı etmemek lazım.**”, Meryem Hanım “**Hastane zor bir yer. Hani hem çalışanlar açısından hem de hasta var hasta yakını var.**” ve Hakan Bey “**Buraya gelen hastalar hasta, hasta yakınları da hasta yakını psikolojisinde. Yani her hasta kendi için acildir. Her hasta yakını da kendi hastasının acil olduğunu düşünür.**” açıklamalarıyla hasta ve yakınlarına tedavi sağlamanın sağlık çalışanlarında bir arayışa neden olduğunu ve nihai olarak çalışanların temaruza başvurduğunu ifade etmişlerdir.

Hasta yoğunluğuna dair Ayşe Hanım “... **sirkülasyon oranı yoğun bir klinik ve hasta popülaritesi yüksek olan bir servis burası.**” ve Hakan Bey “**Hasta yoğunluğu**

olarak çok yoğun ama çalışma şartları tabii dönem dönem eleman olmadığı zamanlarda hani...” açıklamalarında bulunmuştur.

Meryem Hanım “Ee şöyle doktor biraz geç gelse hasta hemşireye kızıyor. Hastanın ağrısı var doktor ilacı gelip yazmadığı sürece ilacı yapamıyor. **Yapamadığın zaman hasta sana geliyor. Hastalar genelde yüksek sesle konuşur. Tartışmak için çünkü hani kendini savunabilmek için de diyeyim işini gördürmek için.**” sözleriyle hastalarla uğraşıldığı için temaruz davranışının sergilendiğini desteklemiştir. Aynı şekilde Ahmet Bey “Dünya üzerinde şu anda tüm hastalıkların tamamı %100 küllenip gitmiyor bunların bir kısmı ölümle sonuçlanıyor. Bir kısmı akut dönemden kronik döneme geçiyor yani ne oluyor erken dönemde hastalık sonlanmıyor, uzun soluklu tedavi almanız ve takip edilmeniz gerekiyor. **Bu da insanlarda bir bıkkınlığa sebebiyet veriyor.** Yani bu olayın sadece bir sağlık hizmeti sunumunda bir tanı koyup tedavi etmekten ziyade otelcilik hizmetleri ayağı da var. Basit bir örnek vereyim mesela bugün şeye geldim hastaneye geldim hastanede bir lavaboya girdim. Dünyanın en iyi sağlık hizmetini de alsan lavabonun temizliği senin için önem arz edecektir çünkü sen buradan faydalanıyorsun veya şöyle düşün arabayı park edecek bir yer bulamadın. **Normalde insanların beklemeye başka alanlarda tahammülü yüksek iken sağlık alanıyla alakalı hizmet aldıklarında bekleme tahammülleri o kadar yüksek değil.**” açıklamaları ile bu bağlamın üzerinde durmuştur.

Hasta bakımı noktasında “... yoğun bakımda bir süre çalıştıktan sonra artık **ben bir süre hasta görmeyeyim oluyorsun tabii ki.** Biraz yoğun bakımda olabiliyor.” ve Kübra Hanım “**2 saatte bir hastaların bakımlarının yapılması lazım.** İşte yapılmazsa hastalarda yaralar açılabilir. Çok kilolu hastalar geliyor, obez hastalar bakıyoruz.” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu noktadaki açıklamalar gösteriyor ki işin tabiatı gereğince hastalara bakım verilmesi ve yeri geldiğinde hasta yakınlarıyla uğraşılması temaruz davranışına neden olmaktadır.

4.2.2.2.2. İş Tanımlarının Belirsizliği

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “başkasının işini yapma”, “hekim kaynaklı iş yüklenme”, “görev tanımı dışında çalışma” ve “meslek tanımlarının net olmaması” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Şöyle ee bizde yani bu hastanede gördüğüm en büyük problemimiz şu iş dağılımı biraz yanlış. **Çoğunlukla yük hemşirede kalıyor. Neden hemşire tabii. Özellikle doktorların yükü...**” (Meryem Hanım, SSH)*

*“**Ya aslında en büyük benim dikkatimi çekenlerden bir tanesi kesinlikle sınırların çizilmemiş olması.** Sadece şey olarak değil hemşire olarak değil. Bizim alanlarımızda çalışan yardımcı personelimiz var. Onların da görev, yetki ve sorumluluklarının net bir çizgisi yok. Yardımcı personel derken hemşireyi direkt asiste eden yardımcı personel. Yani hastanın bakımlarını yaparken hemşirenin yanında olması gereken ee bakıcı olarak adlandırılan kimseler. İşte atıyorum hastadan kan alınacağı zaman, hastanın pozisyonu değiştirileceği zaman, yara bakımları yapılacağı zaman veya alt bakımı hasta altını kirletmiştir bu yapılacağı zaman hemşireyi birebir asiste eden personelden bahsediyorum yardımcı personel olarak. Onların biraz daha dediğim gibi sınırlandırılmadığı için meslek tanımları insanların iş yükü artıyor...” (Kübra Hanım, SSH)*

Meryem Hanım *“İş yükü hani **doktorun işini yapmak zorundasın.** Doktor yok hani adam gelmiyor mesela. Hani her iş hemşireye yüklendiği için biraz şey oluyor arkadaşların çalışma isteği kalmıyor.”* ve Yağmur Hanım *“**Bazen bu benim işim mi düşüncesi var.**”* açıklamalarıyla başkasının işini yapmanın temaruz davranışına neden olduğunu izah etmişlerdir.

Meryem Hanım *“**Görev tanımım dışında çok çok farklı iş yapıyorum zaten.** Ya şöyle mesela bizim diyelim bu hastanede çok fazla temizlik sorunu var. Temizlik personeli problemi yani. Ama üst yönetimden biri geldiği zaman bura niye kirli seni suçlar. Hani hemşireyi suçlar. O an sorumluyusan sana sorulur.”* ifadeleriyle görev tanımı dışında çalıştırılmanın üzerinde durmuştur. Yağmur Hanım da *“**Herkesin bir sorumluluk alanı yok.** Herkes her şeyden sorumlu olduğu için kişiler hasta numarasına geçebilir.”* açıklamalarıyla benzer bir bakış açısı ortaya koymuştur.

Bu açıklamalara bakıldığında sağlık çalışanlarına kendi iş tanımlarının dışında iş yüklenmesi halinde temaruz davranışı meydana gelebilmektedir.

4.2.2.2.3. İş Alanının Zorluğu

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında bu bağlamda; “mesai bazlı çalışma”, “pandemi servislerinde çalışma”, “çalışma listelerinin olması”, “nöbet tutma”, “çalışma alanlarının farklı olması”, “rotasyonlu çalışmama”, “sabır gerektiren bir iş olması”, “bayramda çalışma” ve “stresli bir iş olması” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara dair katılımcıların açıklamaları aşağıda yer verilmiştir.

*“Çünkü hazır mesela **hazır aylık listeleri var.** O anda yıllık izni kimse vermez, başhemşirelik falan imzalamaz.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Yardımcı personel konusuna gelecek olursak daha öncesinde biz de yaşadık aslında. Çok da önemli olmayan elinde bir şey vardı tümör vardı. Eee biyopsi yapıldı. Biyopsiden sonra sonuçlar aslında problemlili çıkmadı. Sadece ilaç tedavisi alması gerekti. Ama o tamamen bunu olumsuz yönde kullanarak, abartarak işte aslında onun kötü huylu bir tümör olduğunu akciğerlere sıçramış olabileceğini falan kullandı. Bunun da tam olarak sebebi pandemi döneminde başındaydı. Pandemide bu koranavirüsün tam olarak nereyi tuttuğu emin olmamakla birlikte akciğeri tuttuğunu öngörüyordu uzmanlar. **Akciğerde eğer hani bir nodülüm var, kanserim var diye yöneticilerime bu şekilde iletirsem beni pandemi yoğun bakımlarında veya servislerinde kullanmazlar diye düşündü muhtemelen.**” (Kübra Hanım, SSH)*

“Mesela beyin cerrahisi servisinde çalışan bir hemşire. Yoğun bakım da çalışan da hemşire. Kan alanda çalışan da hemşire. Bu üç hemşire teknik anlamda aynı ödemeyi alıyor ancak kan almadaki hemşire hafta içi mesai saatlerinde çalışıp evine gidiyor.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Rotasyonlu çalışılmadığı için bu da olabilir yani.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

*“Zor bir iş herkesin yapabileceği bir iş değil. **Çok sabır gerektiren bir iş gerçekten...**” (Meryem Hanım, SSH)*

Sağlık meslekleri mesai gerektiren bir iş olması hasebiyle temaruz davranışı sergilenmektedir. Bu bağlama dair Kübra Hanım **“24 saati aşan mesai saatleri oluyor bazen.”**, Furkan Bey **“Bir de şöyle diyeyim ünite oluşunun farkı ile burası mesai bazlı çalışılan bir yer...”** ve Ali Bey **“Bir tek mesai saatleri etkili olabilir.”** Şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Melek Hanım **“Şimdi nöbet tutmamak için bunu kazanım haline getiriyor. Çıkarı için kullanıyor. Mesela nöbetten çıkmak için gidip saçma sapan raporlar alanlar var.”**, Elif Hanım **“Nöbet usulü olduğu için...”** ve Hacer Hanım **“... o nöbeti tutmama istediğinden kaynaklanan bir şeydir ee biz bunları çok yaşadık.”** açıklamalarıyla nöbet tutulduğu için temaruz davranışının sergilendiğini dile getirmişlerdir.

Bayramda çalışılması nedeniyle sağlık çalışanları temaruz davranışı sergilemektedir. Bu noktada Hacer Hanım **“Hafta sonu, bayramlar, özel günler çalışıyorlar...”**, Ali Bey **“... şöyle diyeyim yani diğer kurumlardaki gibi hani hafta sonu olsun bayram olsun kapalı olmuyoruz.”** ve Ahmet Bey **“Şöyle düşünün mesela önümüzde bir bayram süreci var. 2 günlük mesela tatil olmasaydı o süreçle alakalı mesela rapor almak isteyenler veya izin almak isteyen birçok insan olacaktı.”** şeklinde açıklamalarda yapmışlardır.

Bu noktadaki açıklamalardan yola çıkılığında işin niteliğine yönelik unsurların temaruz davranışına sebebiyet verdiği anlaşılmaktadır.

4.2.2.2.4. İş Yoğunluğu

Katılımcıların açıklamalarından hareketle; “az personelle çalışma”, “ağır çalışma şartları”, “işin yorucu olması”, “gündüz daha fazla çalışma” ve “iş yükü” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik ifadeler aşağıda yer almaktadır.

*“Personel benden sürekli gece çalışmayı isteyebilir. **Çünkü gündüz iş daha fazladır.** Veya gündüz hekim fazladır. Ee hekim daha fazla olduğunda hasta üzerindeki uğraş da artar. Ama gece daha minimum seviyededir. Hekim de öyledir, eleman, personel de öyledir. Bu nedenle iş yükü daha azdır gecenin.” (Kübra Hanım, SSH)*

İşin yorucu olması noktası üzerinde durulmuştur. Kübra Hanım “... **yoğun bakım ağır ve yorucu bir iş...**”, ve Leyla Hanım “**Çalıştığı iş çok yorucudur, onun baskısı olabilir.**” şeklindeki açıklamalarda bulunarak bu bağlamı desteklemişlerdir.

Ali Bey “**Çalışma şartlarının ağırlığı bir etkendir.**” ve Kübra Hanım “... **yoğun bakım olduğumuz için biraz daha fiziki olarak da elemanların iş yükü ağır...**” şeklindeki açıklamalarla ağır çalışma şartlarının temaruza neden olduğunu desteklemişlerdir.

Meryem Hanım “*Mesela organize etme hani tamam servistekini ben yönlendiririm ben organize ederim ama tek bir personel verilmiş. **Koca servise bakan bir temizlik görevlisi var. Hatta gece bir personel bir de karşı servise bakıyor.***” sözleriyle az personelle çalışmanın temaruza neden olduğunu beyan etmiştir.

Ahmet Bey “... **sağlık çalışanının sırtlarındaki iş yükü bence diğer insanlara göre daha yüksek...**” ve Furkan Bey “**İş yükü çok yormuştur. İş yükü ağırdır.**” açıklamalarıyla iş yükü nedeniyle temaruzun sergilendiğini ortaya koymuşlardır.

Açıklamalar gösteriyor ki iş yoğunluğun fazla olması sağlık çalışanlarını temaruz davranışına yönlendirmektedir.

4.2.2.2.5. İşte Tükenmişlik Yaşama

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu bağlamda; “aynı işi yapma”, “bıkkınlık”, “mutsuzluk”, “tükenme”, “her gün işe gelme”, “sıkıntılar yaşama”, “yorulma” ve “çalışma şevkinin kırılması” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“... yani mesleki açıdan yıpranıyor insanlar. Yıllarca aynı şeyi yapıyorsun aynı tüpü alıyorsun koyuyorsun buraya. Cihaza veriyorsun veya içerde çalışsan da aynı şeyler yani sürekli. **Her gün aynı şeyler yapıyorsun...** Ayrıca **her gün hastaneye geliyorsun, bu da bir neden...**” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“**Hemşireler bazen çalıştıkları bölümde sıkıntılar yaşıyorlar. Yeri geliyor çok daralma, bunalmaya sebep olabiliyor...**” (Leyla Hanım, SSH)

“İş yükü hani doktorun işini yapmak zorundasın. **O yüzden bir şeyden sonra çalışma şeyi kırılıyor insanın şevki kırılıyor.**” (Meryem Hanım, SSH)

Ali Bey “... belki bir **bıkkınlık** kaynaklı...” ve Meryem Hanım “... **bıkkınlık** olabilir...” şeklindeki açıklamaları ile bıkkınlık nedeniyle temaruza başvurulduğunu belirtmişlerdir.

Hacer Hanım “... **mutsuzluğu** onu eee bir kısır döngüye girdiğinde artık şey diyebilir bakıp ben mesela geldim bugün sekiz beşe kadar bugün burada durmam lazım...” ve Yağmur Hanım “**Mutsuz olduğu için olabilir.**” açıklamalarıyla mutsuzluğun temaruza neden olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Tükenmişliğe dair katılımcılardan Yusuf Bey “... yani şöyle bir kere **tükenmişlik sendromu var. Yani özellikle 10-15 yılını geçirenler tükenmişlik sendromu kesinlikle yaşıyor.**” sözlerini sarf etmiştir. Benzer şekilde Aynur Hanım “**Bir süre sonra tükenmişlik sendromu olabiliyor.**” ve Elif Hanım “... **bazen insanlarda herhalde tükenmişlik sendromu mu deniyor bazı arkadaşlarımızda oluyor.**” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Leyla Hanım “**Bence yorulmuştur.**”, Ali Bey “... **yorgunluk fiziksel, mental yorgunluk. Ondan olabilir. Belki bir mental yorgunluk...**” ve Yağmur Hanım “... **sağlık çalışanının hasta gibi davranmasının nedeni yorgun olabilir.**” sözleriyle temaruza neden olarak yorgunluğu göstermişlerdir.

Sağlık çalışanlarının mesleklerine yönelik yaşadıkları tükenmişlik nedeniyle temaruz davranışına başvurdıkları görülmüştür.

4.2.2.3. Kurumsal Özelliklerle İlgili Nedenler

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “7/24 hizmet verme”, “devlet hastanesi olma”, “hastanelerin zor bir yer olması” ve “kurumsallığın yitirilmesi” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair ifadelere aşağıda yer verilmiştir.

“**Hastane zor bir yer. Her an gerilebiliyor insanlar burada doğal olarak, hastası var hastaneye geliyor adamın tuvaleti yıkanmıyor. Kirli bir tuvalete gelmek istemez ya da kirli bir odada yatmak istemez. Üstleriniz gelir isminiz**

neydi Rabia, Rabia Hanım burası neden kirli diye sorar? Personel yapmadığı dediğinde sen yaptıracaktın. Sen yapmayan adama ne kadar yaptırabilirsin?” (Meryem Hanım, SSH)

Kübra Hanım “... yapılan işler 7/24 aktif bir birimde yapılıyor. İşler gece de gündüz de ilerliyor.” ve Ali Bey “Çünkü burası 7/24 çalışan bir birim olduğu için...” şeklindeki açıklamalarla kesintisiz hizmet vermenin davranışa sebebiyet verdiğinin üzerinde durmuşlardır.

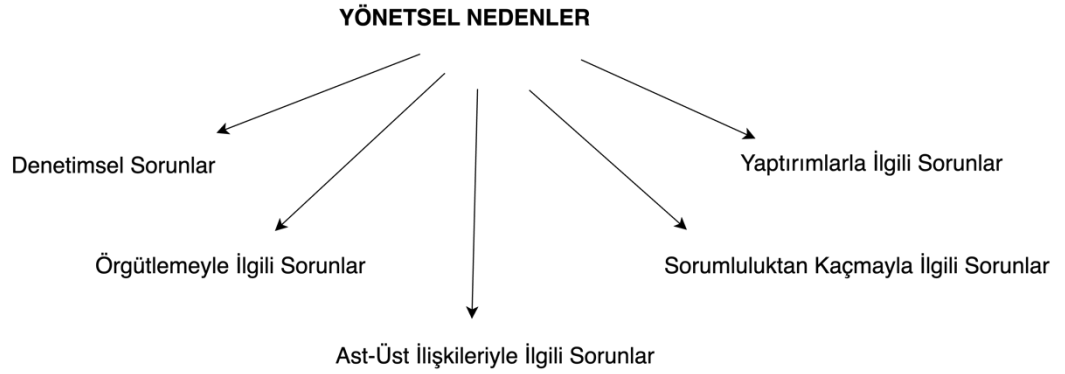
Kübra Hanım “Bu özellikle devlet kurumları diyeyim kamu kurumları özelde çalışan çoğu elemanın çoğu hemşirenin hayalidir hani devlete atanayım rahat edeyim. Çünkü özelde sürekli işte şey üzerindeler, diken üzerindeler. Devlete atandıktan sonra nasılsa devlette kimse yapmıyor ben de yapmasam dikkat çekmez kafasıyla bir rahatlama kesinlikle oluyor.” sözleriyle çalışılan hastanenin devlet hastanesi olmasının özelliklerinin üzerinde durmuştur. Esasında burada ifade edilen devlet hastanelerinin özellikleri gereği iş güvencesidir ki bu durum bir bakıma temaruza sebebiyet vermektedir. Ahmet Bey de “... özel hastanelerdeki işleyiş bellidir. Belirli bir dönemde memnun kalmazlarsa maaşınıza zam işinize son. Devlet açısından böyle olmadığı için kurum özellikleri bence etkinlik gösteriyor kamu ve devleti kıyaslarsak.” şeklindeki açıklamalarla bu unsuru desteklemiştir.

Melek Hanım “Kurumlar kurumsallıktan çıktı biraz. Bunun en büyük sebebi de torpiller. Laçkalaştırdı kurumları...” ve Ahmet Bey “Bunun olmasının sebebi de kurumsallaşmanın yeterli olmamasıdır. Bireyler üzerinden dönen hizmetler.” açıklamalarıyla temaruzun nedeni olarak kurumsallığın yitirilmesi görmüşlerdir.

Bu ifadeler göstermektedir ki sağlık çalışanları kendi çalıştıkları kurumun kendine münhasır özelliklerinden ötürü temaruz davranışına başvurmaktadırlar.

4.2.3. Yönetsel Nedenler

Yönetsel nedenler; “denetimsel sorunlar”, “örgütlemeye ilgili sorunlar”, “ast-üst ilişkileriyle ilgili sorunlar”, “sorumluluktan kaçmayla ilgili sorunlar” ve “yaptırımlarla ilgili sorunlar” şeklinde 5 kategoriye indirgenmiştir. Bunlara yönelik kavram haritası Şekil 11’de verilmiştir.



Şekil 11. Yönetmel Nedenlere İlişkin Kavram Haritası

4.2.3.1. Denetimsel Sorunlar

Katılımcılar denetimlerin yeterli olmamasının temaruza sebebiyet verdiğini dile getirmişlerdir. Bu hususta; “çalışanları boş bırakma”, “kontrollerin olmaması” ve “teftişlerin yetersizliği” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik ifadelere aşağıda yer verilmiştir.

*“İnsan ne kadar böyle **boş bırakılırsa** o kadar daha çoğunu istiyor.”*
(Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

*“... yani normal şartlar altında, ee bir kişi eğer yaptığı işi affına sığmıyorum kaba bir tabir kullanacağım savsaklıyorsa eğer **yeterince kontrol edilmiyordur.**”* (Ahmet Bey, Başhekim)

Yağmur Hanım “**Denetim** şeyi olsa mesela sabahdan mesaiye geliş saati öyle hastane vardır ki saat 8.10’da kapısını kapatır. Saat 4.10 geçe açar. Öyle hastane de vardır ki kim gelmiş kim gitmiş umurunda olmayabilir. Denetimsizlik daha fazla bir yayılmayı şey yapıyor.” ve Ahmet Bey “Yaptırım gibi veya uyarı gibi veya yeterince **teftiş sayısı yeterli değildir.**” sözleriyle temaruz davranışının nedeninin teftişlerin azlığı olduğunu desteklemişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere denetim mekanizmalarının aktif olmaması ya da işlememesi sağlık çalışanlarının temaruz davranışına neden olmaktadır.

4.2.3.2. Örgütlemeye İlgili Sorunlar

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu bağlamda; “başka yerde çalıştırma”, “organizasyon eksikliği”, “fiziksel özelliklerin yetersizliği”, “iş yükünün adaletli dağıtılmadığını düşünme”, “yer değişikliğinin kabul edilmemesi”, “zorunlu çalıştırma” ve “rotasyona sokmama” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

*“Atıyorum a biriminde çalışıyor. O an bir işi çıkmıştır. Yöneticisi onu organize edememiştir, ayarlayamamıştır ve personel bir süre sonra artık bundan umudu kesmiştir. Ben bir şekilde rapor alırsam mecburi birini koymak zorunda diye kendi işini görür. Ancak rapor almadan önce bir şekilde organize edebileceğini düşünse hiç o topa girmez. **Yönetim organizasyonda eksiklik olarak.**” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“**Fiziksel özelliklerde bence verilen işle özelliklerin uygunsuz olması...**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“Diğer yoğun bakımın eleman eksiği olduğu zaman ben bu elemandan memnunum sizin de yüzünüzü kara çıkarmaz diye yönlendirdiğim eleman olduğunda bu defa şey yardımcı personelim **hani sanki onun iş yükünü artıyormuşum gibi** halbuki aynı bende yapması gereken mesaiyi diğer yoğun bakımda yapıyor aslında...” (Kübra Hanım, SSH)*

Kübra Hanım *“... **sizin de yüzünüzü kara çıkarmaz diye yönlendirdiğim eleman olduğunda mesela...**”* ve Elif Hanım *“Mesela diyorlar ki **dahiliye desteğe gitsin hemen gidip rapor alıyor.**”* açıklamalarıyla başka yerde çalıştırılmanın üzerinde durmuşlardır.

Sevim Hanım *“... **idare ile konuşup dilekçe yazdığı halde yer değişikli yapılmadıysa...**”* ve Ayşe Hanım *“**Hastane gereğince de yer değişikliği istiyordur belki talebi karşılanmıyordur.**”* sözleriyle yer değişikliğinin kabul edilmemesinden bahsetmişlerdir.

Furkan Bey *“**Zorunlu ona bir şeyler yaptırıldığı zaman da hastayım konumuna geçiyor.**”* ve Kübra Hanım *“... **diğer elemanı başka bir şeye zorladığın zaman ya da istemediği bir şeye zorladığın zaman o da tabii ki kaçmak için bu tarz davranışlara sebebiyet verebiliyor.**”* açıklamalarıyla zorunlu çalıştırıldığı için sağlık çalışanlarının temaruza başvurduğunu izah etmişlerdir.

Murat Bey *“Bir örnekten gidelim. Eee sen iki hemşireyi rotasyona sokmuyorsan eğer... benim yöneticilik yaptığım yerlerden bahsedeyim. **Birinin bir yerde şikâyeti varsa veya işte bu davranışı sergiliyorsa en azından ben bunları rotasyona sokmuyorsam evet bunda payım olur. Ben de karşı tarafı bu davranışa itiyorum demektir. Hakkı vardır yoktur o ayrı bir şey. Ben de itiyorum, benim de rolüm vardır. Kesinlikle vardır.**”* sözleriyle rotasyonun önemine değinmiştir. Yağmur Hanım da *“**Rotasyonlu çalışılmadığı için bu da olabilir yani.**”* şeklindeki açıklamalarıyla bu unsuru desteklemiştir.

Bu açıklamalardan yola çıkıldığında örgütlemeye yaşanan bazı sorunlarla baş edebilmek adına sağlık çalışanları temaruz davranışına başvurumaktadırlar.

4.2.3.3. Ast-Üst İlişkileriyle İlgili Sorunlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “amirinden memnun olmama”, “çalışana göre hareket etme”, “iletişim kurmama”, “çalışana direkt inanma”, “çalışanların huzuru ile ilgilenmeme”, “izin konusunda sorun çıkarma”, “yardımcı olmama”, “yönetimin baskısı”, “yeterince takdir etmeme”, “bürokrasi” ve “sahadan uzak olma” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“... Evrak işinin uzaması. Bürokrasinin çok uzaması...” (Melek Hanım, Başhemşire)

*“Mesela insanlar gidip de ben çok şöyleyim de böyleyim de daha önceden izin alacaktım da mağdur edildiğinde ona moda mod **inanmak ya da ikna olmak**. Eğer böyle bize kadar geldiyseniz bunun altında başka bir şey olabilir mi acaba bunu bir açsak mı konuşsak mı isterseniz sorumlunuzu da çağıralım beraber konuşalım şeklinde. **Bunun teyidini almadan gelen kişiye evet tamam denmemesi lazım.**” (Hacer Hanım, SSH)*

“... çalışanların huzurları ile ya da yani ne düşündükleriyle hiçbir alakaları yok...” (Hacer Hanım, SSH)

*“Ya şöyle söyleyeyim hani bir haftadır koluyla alakalı bir sorun yaşıyor bir rahatsızlığı var çalışanın. Bu arkadaş bunu bir dile getiriyor iki dile getiriyor diyelim iki kere rapor almak zorunda kaldı bundan ötürü. Normal hasta olduğu için rapor aldı. Sonra yönetim başhemşirelik müdüriyet bunu sıkıntı olarak algılıyor bir yerden sonra. Gereksizmiş gibi görünüyor. Hastalık gerçek olduğu halde iki kere üst üste rapor almışsa. **Çünkü birçok kişi zaten bunu zaten yalan olarak yaptığı için hani kullanıyor.**” (Meryem Hanım, SSH)*

*“... sizin iş vereniniz ... **sizi takdir ediyorsa** mutlu gelirsiniz ve mesleğinizde daha verimli olmaya çalışırsınız.” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“**İdare sahadan daha uzak.** Genelde sorumlular görüşür muhatap olur.” (Hacer Hanım, SSH)*

*“**Baskı. Yönetim baskısı olabilir.**” (Leyla Hanım, SSH)*

Ahmet Bey “Mesela başındaki **amirden memnun olmayabilir**. Benden memnun olmayabilir...” ve Fatih Bey “... genelde hani şöyle hastayım ben başka bir bölüme geçmek istiyorum şeklinde bir şeyle geldiğinde **devamında mevcut sorumlusu ile ilgili sorunlarından da bahseder.**” sözleriyle temaruzun nedeni olarak amirinden memnun olmamayı göstermişlerdir.

Sevim Hanım “**Şöyle bir şey var hani bazı insanların pürüz diyorsun ya, kavgacı bir tip mesela onun dediğini yapmaya çalışıyor, onun yer değişikliğini yapmaya çalışıyor ama öteki tarafta da hakkını o kadar kavgacı bir şekilde ya da**

birilerini arattırarak çözmüyorsa o sessiz bir şekilde kalıyor. O da rapor alıyor, böyle de durumlar oluyor...” açıklamalarıyla çalışana göre hareket edilmesi noktasına değinmiştir.

İletişim kuramamaya dair Ayşe Hanım “*Ben bulunduğum ortamdan memnun değilim. Bunu ben sana çok rahatlıkla ifade edebiliyorsam bu yöneticimin iyi olduğunu gösterir.*” ve Burak Bey “*... yani yöneticiniz ulaşılamaz durumdaysa zaman zaman buna başvuran olur.*” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Katılımcılar izin konusunda sorun yaşanması halinde sağlık çalışanlarının temaruza başvurduğunu dile getirmişlerdir. Nitekim Meryem Hanım “*... yıllık izin alacak mesela problem yaratır. Ya da işte şöyle şöyle bir sıkıntı olmuştu izin istediğin zaman vermiyor. Ee zaten şunun şunun için izin kullandın şu an veremem diyor. Böyle böyle onlar da şey yapıyor.*”, Leyla Hanım “*... yöneticilerin şöyle bir etkisi olabilir izinlerde sıkıntı çıkarıyorlarsa olabilir. Kişi izin istiyordur, o ısrarla yok seni şu an çıkaramam derse ya da kişinin o anki sıkıntısı anlamıyordur. O zaman bu kişi ne yapabilir en fazla rapor aldığında kimse ona karışamaz. Normal iznini mesela vermiyordur başhemşirelik ya da boşluk istiyordur, yaratamıyordur.*” ve Hülya Hanım “*... normalde ben de sonuçta başhemşireliğe bağlıyım. Onlar benden izin alıyor ben onlardan izin alıyorum. Hani bugün benim işi var bugün gelmesem olur mu dediklerinde izin verilmezse bu sefer hastayım rolüne giriyorlar izin almak için.*” şeklindeki açıklamalarla bu unsura değinmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere sağlık çalışanları yöneticileriyle yaşadıkları sorunları çözmek yahut kendilerine bir çıkış yolu bulabilmek adına temaruz davranışı sergilemektedirler.

4.2.3.4. Sorumluluktan Kaçmayla İlgili Sorunlar

Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu hususta; “günü kurtarma derdi”, “iş yürüsün düşüncesi”, “sorunları sorumluya yıkma”, “geçici çözümler arama”, “davranışın peşine düşmeme” ve “yönetimin gevşek davranması” kodları oluşturulmuştur. Bunlara ilişkin açıklamalara aşağıda verilmiştir.

“... bizim idaremiz şöyle günü kurtarma derdinde...” (Hacer Hanım, SSH)

“Bizim diyelim bu hastanede çok fazla temizlik sorunu var. Temizlik personeli problemi yani. Ama üst yönetimden biri geldiği zaman bura niye kirli seni suçlar. Sürekli sorumlu burdaysa sorumlu sorumlu yoksa o anki oraya bakan hemşire... Bura niye kirli demek ki sen yaptırmadın. Sen söyle,

sen organize edemedin. Böyle böyle birikiyor. Rapor alayım gideyim biraz dinleneyim ben bunlarla mı uğraşacağım diyor gidiyor yani.” (Meryem Hanım, SSH)

“İdare de bir süre idare et diyor, işte bakarız ederiz gibi geçici çözümlerle şey yapıyorsa o da etkili... Hani şimdilik gitsin başımdan bakarız öteki ay. Bu güzel bir şey değil.” (Sevim Hanım, SSH)

Yönetimin gevşek davranması sağlık çalışanlarını temaruza yönlendirmektedir. Bu bakımdan Melek Hanım **“Yönetimin gevşekliği** diyebiliriz... **Yönetimlerin yavaş davranması** ya da...” ve Ahmet Bey **“Bunların yeterli tedbir alınmadığı** vakit yaygınlaştığı kanaatindeyim.” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Yağmur Hanım **“Şeysinde de hani iş yürüsün** de kişinin önemi yoktur... **Yönetici** genelde bana sorun getirme diyor. Sana güveniyorum diyor.” sözleriyle iş yürüsün düşüncesinin üzerinde durmuştur.

Davranışın peşine düşmemeye dair Hacer Hanım **“... idare buna göz yumuyor...”**, Hülya Hanım **“... bir kişi rapor aldı ondan sonra ben nöbet listesini götürdüm. İşte başhemşirelik bana baya şey yaptı işte neden rapor aldı, niye rapor aldı. Bu elemanlar niye böyle yapıyor, şöyle yapıyor? Bir sürü laf saydılar bana mesela. O arkadaşta da saydılar arkasından. Sonradan on gün geçti rapor bitti ben hemşireyi gündüze yazdım. Hani vizite geldiklerinde oo günaydın, naber, nasılsın, döndü arkasını gittiler. Hani benim o on gün önce işittiğim bütün laflar öyle kaldı.”** ve Elif Hanım **“Genelde peşine düşmüyorlar... O tamamen kurumun inisiyatifinde... Onlar da artık uğraşamıyorlar çünkü heyete gönderiyorlar bir sonuç alınmıyor.”** şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu noktadaki ifadelerden anlaşıldığı üzere yönetimin sorunların üzerine gitmememesi temaruz davranışına yol açmaktadır.

4.2.3.5. Yaptırımlarla İlgili Sorunlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda bu bağlamda; “ceza verilmemesi”, “idarenin yaptırım uygulamaması”, “yaptırımların caydırıcı olmaması” ve “yaptırım gücünün olmaması” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“... kontroller neticesinde elde edilen verileri görüp yeterince caydırıcı bir uygulama olmuyordur.” (Ahmet Bey, Başhekim)

Temaruz davranışına ceza verilmemesi önem arz etmektedir. Nitekim Melek Hanım “**Bir ceza verilmiyor. Aslında temel sebep bu...**”, Murat Bey “**Bu insanları bu davranışa iten ceza almamak. Ceza almama rahatlığı...**” açıklamalarıyla bu bağlamın üzerinde durmuşlardır.

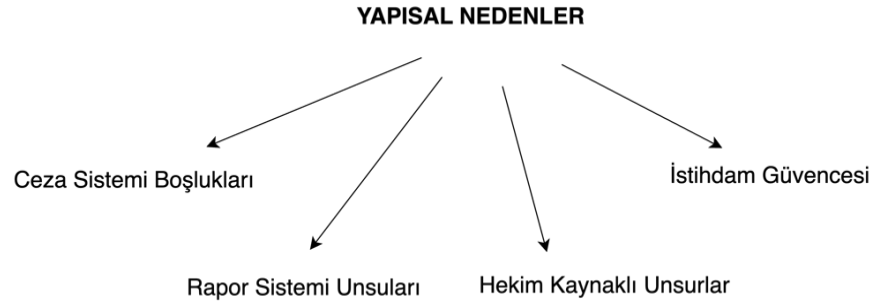
Emre Bey “**Eğer temaruz yapanlara idare bir yaptırım yapmazsa diğer yapmak isteyenlerin yolu açılmış olur. Bir dönem burada personel üst üste rapor almaya başladı. Hastane personeli bu personelleri hakem hastaneye gönderdi. Rapor alan herkesi rutin olarak gönderdi. Sonrasında rapor sayısı epey azaldı.**”, Melek Hanım “**... gerçekten yasal yaptırım eksik... Kurumların o yasal yaptırımı yeterince yapmaması. Yasalarımız var ama uygulanmıyor. Mesela biz tutanak tutuyoruz o kişi mesai saatlerine uymuyor ya da bu kişi sürekli rapor alıyor diye. İnanın ki bir soruşturma bile geçirmemişlerdir. Yanına kar kaldığı için devam ediyor.**” ve Murat Bey “**Yani yönetmelikte illaki karşılığı vardır ama dediğim gibi o karşılığı veremedikten sonra yer almasının çok bir manası yok...**” açıklamalarıyla temaruza neden olarak idarenin yaptırım uygulamamasını göstermişlerdir.

Melek Hanım “**Şimdi ben tek başıma yasaları uygulayamam. Benim üstüm başhekimlik. Ben sadece bildiririm. Soruşturmayı açıp açmamak onlara bağlı ya da soruşturmanın seyri soruşturmacıya bağlı. Ben bildirdiğim halde bir şey olmuyorsa demek ki büyük bir boşluk var orda. Yaptırım gücümüz az yani...**” şeklindeki açıklamalarla yaptırım gücünün olmamasının üzerinde durmuştur.

Bu açıklamalardan anlaşılıyor ki temaruz davranışına yönelik olarak gerek yaptırımların uygulanmaması gerekse yaptırımları uygulayacak güce sahip olunmaması nedeniyle temaruz davranışı sergilenmektedir.

4.2.4. Yapısal Nedenler

Yapısal nedenler açısından “**ceza sistemi boşlukları**”, “**rapor sistemi unsurları**”, “**hekim kaynaklı unsurlar**” ve “**istihdam güvencesi**” şeklinde 4 kategori oluşmuştur. Bunlara yönelik kavram haritası Şekil 12’de verilmiştir.



Şekil 12. Yapısal Nedenlere İlişkin Kavram Haritası

4.2.4.1. Ceza Sistemi Boşlukları

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “yapanlara bir şey olmaması”, “cezaların az olması”, “cezaların bozulması”, “kanunlarda boşluklar olması” ve “sistemsel açıklar” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Bu insanlar çıkmaz bir bataklık gibiler. Devletin kalbine saplanmış bir hançer gibiler. Özelde işten atılma korkusu var bu adamın korkusu yok her şeyi biliyor çünkü. Ben bunu hakem hastaneye göndersem tutanak tutsam maks alacağı şey **sözel uyarı veya yazılı uyarı cezası alacak.**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Ayda iki ayda bir toplanan bir kurul vardır. Valilik nezdinde. Sendikasını arar mesela abi böyle böyle falan diye sendikası baskı yapar, il idare **kurulunda silinir cezaları...**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Yabancı ülkelerde çalışan insanlar bizim gibi sahte rapor demeyelim buna şimdi sahte rapor çok şey bir söylem olur. Daha kolay rapor erişebilirliği daha kolay iş göremezlik... bizimki gibi toplumlarda daha farklı yöntemlerle ve daha kolay rapor erişebilirliği olduğundan dolayı **sistemde açık oluşuyor.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Melek Hanım “**Yanına kâr kaldığı için devam ediyor.** Sürekli yapanlar var ve birbirlerini örnek gösteriyorlar. Ona bir şey olmadı şeklinde...” şeklindeki açıklamalarıyla yapanlara bir şey olmadığı için temaruza başvurulduğunu ileri sürmüştür. Hakan Bey de “... **o anki durumdan çevreden gördüğü şekliyle uygulamaya çalışabilir. Hep bir rol örneği var.** Tabii Ahmet almışsa ben de alırım bir şekilde onu organize etmeye çalışırım, onu yapmaya çalışırım. Ahmet’in aldıktan sonraki sonuçlarına ben de katlanırım. Yani her zaman bir örnek vardır o örneği takip ederler...” açıklamalarıyla bu bağlamı desteklemiştir.

Ahmet Bey “**Hali hazırda kanun koyucunun bıraktığı çeşitli boşluklar var.** Bu tarz boşluklar olduğundan dolayı da çoğunlukla insanlar bunu suiistimal

edebiliyor.” ve Furkan Bey “**Mevzuatların sorunu bence bu. Mevzuatlar diyor ki mesela kadrolu personel sınırsız bir şekilde heyet raporu hakkına sahiptir. Senede işte 40 güne kadar normal tek hekim raporu alma hakkına sahiptir şeklinde. Ee adam bunu bildiği için hakkım diyor ama halbuki hakkın değil, hasta isen hakkın ama hak olarak görülüyor.**” sözleriyle kanuni boşluklara değinmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışına yapısal bazı unsurların sağlık çalışanları tarafından farkında olunulması nedeniyle başvurulmaktadır.

4.2.4.2. Rapor Sistemi Unsurları

Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu bağlamda; “kolay rapor alabilme”, “rapor alana bir şey yapılmaması”, “raporların maaştan kesilmemesi”, “rapor mekanizmasının farklılığı”, “raporların hak olarak görülmesi” ve “raporun izin almada işe yaraması” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir.

*“Sadece ücretsiz izinde kesinti oluyor ama rapor alınca ya da yıllık izin aldığımızda ya da mazeret iznimiz 5 gün vardır diyelim, bunları kullanınca bu bizim hakkımız hani hastasın ya da raporlusun, yatan hastasın ameliyat oldun yattın hastanede bunda bir kesinti vs. olmuyor. Kanun da bunu koruyor. Zaten amaç o. **Yani herkes her rapor aldığı anda ücret kesintisi vs. olsaydı kimse almazdı.**” (Meryem Hanım, SSH)*

*“Aslında baktığınız zaman TR’deki standart biraz daha yabancı ülkelere farklı. Yabancı bir ülkede mesela siz aile hekimliği sistemi çoğunlukla işler. O ülkelere olan benim arkadaşlarım var. **Onların anlatımı şu yönde mesela bizdeki gibi bir rapor verme kavramı yok onlarda...** Ben kendi hayatımdan kısaca bir kesit anlatayım size. Ben lisede öğrenciyken mesela okula gitmek istemediğimde gidip nezle girip numarası yapardım. Çünkü o zaman bir hekimden gidip bir rapor istemenin farkında değildim, yani böyle bir uygulama olamaz diye düşünüyordum ama sonrasında süreçte mesleki hayatımda şunu fark ettim insanlar çok gönül rahatlığı ile ya benim rapora ihtiyacım var rapor verebilir misin veya bunun olma sebebi de çoğu vakit ee bir sınavı kaçırdığınızı düşünün üniversite öğrencisisiniz. Sınavı kaçırdığınız vakit bununla alakalı tekrar sınava girme hakkınızı sadece rapor alarak veya bir sağlık mazereti uydurarak şey yapabiliyorsunuz. Orda da işte tanıdık bir eş dost varsa şey yapılıyor.” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Rapora kolay bir şekilde erişimin olması temaruz davranışına neden olmaktadır. Bu bağlamın üzerinde Leyla Hanım “**Mesela bir sağlık çalışanının mı rapor alması sizce daha kolay dışardaki öğretmen mi rapor alması daha kolay? Aynı yerde çalıştığı doktor arkadaşı ister istemez sürekli berabersiniz. Beraber fikir**

alışverişi vs. oluyor, o söylüyor sen yapıyorsun ya da. Sürekli bir arada çalıştığın insan zaten ki insan yanında çalıştığı ile kötü olmak istemez.”, Ahmet Bey “... sahte rapor demeyelim buna şimdi sahte rapor çok şey bir söylem olur. Daha kolay rapor erişebilirliği ... **eğer farklı kanallardan elde edebiliyorsan mesela bir hekime veya işte bu raporu verebilecek birine kolay erişebiliyorsanız taklit yapmanıza gerek kalmıyor.**” ve Emre Bey “Yanı sıra kendileri sağlıkçı oldukları için ikili ilişkilerle kolaylıkla rapor alabilirler. **Beraber çalıştığımız hemşire «hocam şöyle bir sorunum var rapor yazar mısınız?» dediğinde hekim de yazıyor.**” açıklamalarıyla durmuşlardır.

Elif Hanım “Genelde insanlar rapor alıyor, **çekinmiyorlar...** Düşünün bir insanın hasta olmadığını biliyorsunuz ama sırf izin kullanmak için keyfi izin alıyor ki rapor alıyor ya da gelmiyor. Onlar da artık uğraşamıyorlar çünkü heyete gönderiyorlar bir sonuç alınmıyor. **Yani yaptırım olarak hiçbir şey yapılamıyor.**” sözleriyle rapor alana bir şey olmadığını bilmesinin üzerinde durmuştur. Benzer şekilde Melek Hanım “**Rapora da hiçbir şey yapamazsın yani. Hekim diyor ki bu hasta ne diyeceksin.**” ve Ayşe Hanım “**Rapor alıyor yaptığımız hiçbir şey yok.**” açıklamalarıyla bu unsuru desteklemiştir.

Rapor sisteminin bilinmesi sağlık çalışanlarında temaruza neden olmaktadır. Hakan Bey “... çevreden adam rapor almış. Nereye gidiyorsun diyorsun adam diyor ki ben heyete gidiyorum. Gidiyor raporum doğruymuş diyor. Raporu doğru değil aslında. Raporu karşıdaki hekim buradaki hekimi zan altında bırakmamak adına rapor doğru evet diyor...”, Melek Hanım “... bakın 45 günlük raporu hemen veremezler ya da 20 günlük. 10 günü verirsiniz. Şimdi bu kişinin raporu alması için yatışının olması gerek. Onda da bir yatış gösteriliyor arkasından bir rapor. **Her şeyin yöntemini buluyorlar emin olun...**”, Ayşe Hanım “Şimdi şöyle bir şey var ama, mesela sen doktorsun ben seninle samimiyim ben geldim senden 10 günlük üst y raporu aldım. Bu rapor bir ay sonra hakem heyetine gidiyor. Bir ay sonra hakem heyeti benim grip olmadığımı bana kanıtlayabilir mi? **Kulağım ağrıyordu beş gün rapor aldım. Bir ay sonra benim ağrım geçti.**” ve Leyla Hanım “... **heyete geç gidiyorlar zaten. Bundan ötürü hastalıkları geçmiş oluyor zaten.** Çok sonra yazı gidiyor. Ondan sonra kişi gidip müsait olup heyete girmesi gerek...” şeklindeki açıklamalarla bu bağlamı desteklemişlerdir.

Rapor hak olarak görüldüğü için sağlık çalışanları temaruza başvurumaktadırlar. Bu bağlamda Ahmet Bey “... mesleki hayatımda şunu fark ettim insanlar çok gönül rahatlığı ile ya benim rapora ihtiyacım var rapor verebilir misin diyor... Şu iki gün bayram tatili yapılmasaydı inanın çok fazla bu şekilde taleple karşılaşacaktık ve pratikte klinik uygulamalarda da çok fazla bu taleple karşılaşıyoruz. **Yani insanlar bunun bir hak olduğuna inanıyorlar. Bunun usulsüz bir uygulama olduğuna inanmıyorlar.**”, Furkan Bey “... 5 gün 10 gün şuradan bir rapor alayım diyerek **raporu hak olarak görüyorlar.**” ve Melek Hanım “... **aslında rapor diye bir hakları yok. Rapor hastalıkta verilen bir izindir ama bizim arkadaşlar bunu hekim ihtiyaç duymadığı halde gidip talep ediyorlar. Bana rapor verir misin hocam diyor. Hekim rapora ihtiyaç duymadığı halde. Tanı koyuyor, gribal enfeksiyon mesela. Sen çalışırsın diyor ama kişi ne diyor hocam bana rapor verir misiniz ben çok çalışıyorum...**” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Yusuf Bey “**A biriminde çalışıyor. O an bir işi çıkmıştır. Ben bir şekilde rapor alırsam mecburi birini koymak zorunda diye kendi işini görür.**” açıklamalarıyla raporun izin almada işe yaraması nedeniyle temaruza neden olduğunu ifade etmiştir.

Bu açıklamalar göstermektedir ki rapor temaruz davranışında araçsal bir nitelik taşımakta, özellikle çalışanların raporu hak olarak görmesinden ve yine kolay erişimden kaynaklı tercih edilmektedir.

4.2.4.3. Hekim Kaynaklı Unsurlar

Katılımcıların yaptıkları açıklamalardan hareketle bu noktada; “hekim muayeneleri”, “hekimlerin birbirini koruması” ve “tıp eğitimi” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Senin üç gün dinlenmeni ben uygun görüyorum, beş gün dinlenmeni uygun görüyorum. Artık o adam dinlenir dinlenmez kimseyi ilgilendirmez ki. Sonuç olarak o personeli bağlayan bir durum değil aslında doktorun ahlaksızlığı olarak görüyorum çünkü sen bunu yazdıysan buna bu adamın gerçekten çalışamaz pozisyonda olması lazım.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

*“Heyet neresiyse bizim yönetim öyle yapıyor. Gönderiyor personel gidip zaten o raporun genelde sonucu şudur evet rapor doğrudur derler. **Çünkü veren hekimi zan altında bırakmamak için. Hekim hekimi her zaman korur.**” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“**Tıbbi eğitimde etiğe çok fazla önem vermiyorlar, ahlaka fazla önem vermiyorlar.**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

Bu açıklamalardan anlaşılmaktadır ki yeterli muayene yapılmaması başta olmak üzere özellikle raporların incelenmesi raporların bozulmamasından kaynaklı temaruz davranışı sergilenmektedir.

4.2.4.4. İstihdam Güvencesi

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “devlet işi olması”, “işini kaybetme korkusunun olmaması” ve “mesleğin kolay elde edilmesi” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Bir de şu var bu temel sebebi iş kaybı korkuları yok. Kaybetseler de umurlarında değil. Gider özelde çalışırım ya da tekrar KPSS’ye girerim. Hani iş kaybı kaygıları yok. Gerçekten ekmek kaygısı olanlar bunu yapmıyor ben onu söyleyeyim.” (Melek Hanım, Başhemşire)

Furkan Bey “Şimdi bazı kişiler gerçekten şöyledir ya atanıyım Hakkâri’de bile çalışacağım, çalışmıyor. Şöyle bakıyor ya boşver devletin işi değil mi...” açıklamalarıyla devlet işi olmasından ötürü temaruz davranışının sergilendiğini ifade etmiştir.

Sevim Hanım “Okul bitiyor mesela işte yazın işe başlıyorlar. Hani hiç daha bir eskiden daha çok özel hastanede bir yerde bir şekilde kurumda çalışılır bir tecrübe falan illa ki edinenler olurdu. Şimdi okul bittiği gibi yazın bitti işte eylülde işe başlıyorlar. Çok kolay ulaşılabiliyor.” ve Melek Hanım “Çok kolay iş buldukları için oluyor.” sözleriyle mesleğin kolay elde edilmesinin üzerinde durmuşlardır.

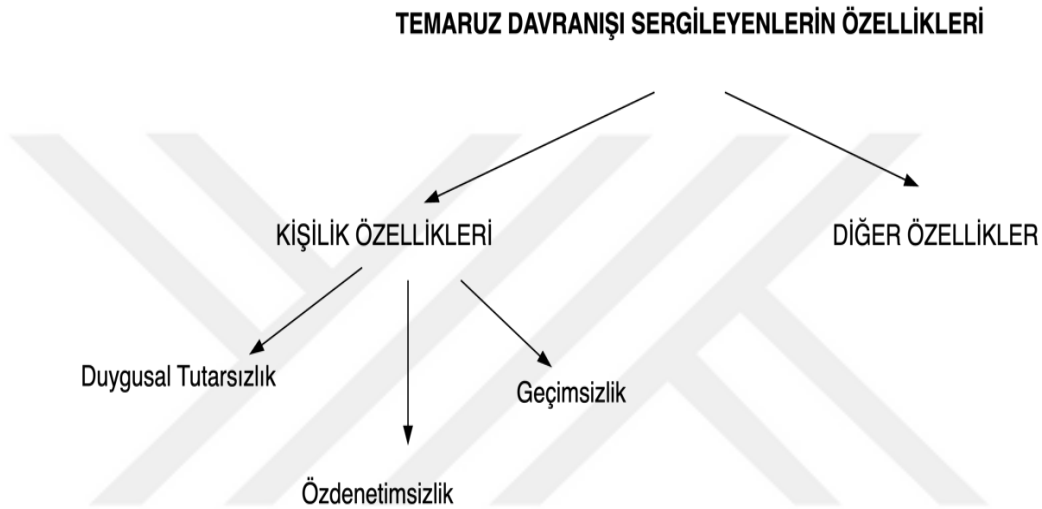
Bu ifadeler göstermektedir ki sağlık çalışanlarının kamuda çalışmaları bir bakıma onlara çalışma şartları açısından bir güvence sağlamakta ve bundan dolayı temaruz davranışı sergilenmektedir.

Temaruz davranışının altında kişisel, çalışma şartlarıyla ilgili, yönetsel ve yapısal nedenler yatmaktadır. Öyle ki kişisel nedenler bakımından bireylerin daha çok kendi istek ve arzularını ön planda tutmaları ve bu şekilde hareket etmeleri söz konusu olmuştur. Sağlık meslekleri yapısı gereği birtakım özellikleri içerisinde barındırmaktadır ki, çalışma şartlarıyla ilgili nedenlere bakıldığında bu tür özelliklerin sağlık çalışanlarının temaruz davranışına sebebiyet verdiği görülmektedir. Yine yönetsel faaliyetlerin tam olarak işlememesi ya da eksiklikler olması halinde sağlık çalışanlarının temaruza başvurdukları görülmüştür. Son olarak yapısal unsurların temaruz davranışına sebebiyet verdiği ortaya konmuştur. Nitekim sağlık çalışanları

rapor sistemine aşına olmaları ve sağlık sistemi yapısını bilmelerinden ötürü temaruz davranışı sergilemektedirler.

4.3. TEMARUZ DAVRANIŞI SERGİLEYENLERİN ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Temaruz davranışını sergileyenlerin özelliklerine dair; “*kişilik özellikleri*” ve “*diğer özellikler*” şeklinde 2 tema elde edilmiştir. Bunlara ilişkin unsurlar Şekil 13’te gösterilmiştir.



Şekil 13. Temaruz Davranışı Sergileyenlerin Özelliklerine İlişkin Kavram Haritası

4.3.1. Kişilik Özellikleri

Temaruz davranışını sergileyenlerin kişilik özellikleri; “*duygusal tutarsızlık*”, “*özdenetimsizlik*” ve “*geçimsizlik*” şeklinde 3 kategoriye ayrılmıştır. Bunlara yönelik kavram haritası aşağıda verilmiştir.

4.3.1.1. Duygusal Tutarsızlık

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu bağlamda; “*anksiyetik*”, “*çabuk gerilen*”, “*depresif*”, “*duygu durumu bozuk*”, “*kavgacı insanlar*”, “*sabırsız*”, “*sinirli*” ve “*uç sınırdan yaşayan*” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“... **anksiyetik**. Böyle her an panik anksiyetik olup da ayılacağım bayılacağım ya da ne bileyim bir tanı koymuyoruz tabii ki. Demek istediğim çok böyle **deli dolu yaşayan, çok uçuk sınırlarda** bir ayarsız olan arkadaşlar oluyor ya **kişilik** olarak. **Duygu durumu bozuk** olanlar...”
(Aynur Hanım, SSH)

“Sabırsızdır. Fazla sinirlidir. Çabuk gerilir.” (Meryem Hanım, SSH)

*“Böyle daha **kavgacı**, dövüşçüler ve iş arkadaşları ile kavgaya edenler...”
(Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)*

Depresifliğe dair Burak Bey *“Ne olabilir bir kere **depresif kişilik sahibi olanlar** bir kere bir kişi vardı. Kimle nerede çalışırsa çalışsın düzelmesi mümkün olmuyordu zaten.”* şeklinde açıklamalar yapmıştır. Aynur hanım da *“**Depresiftir. Zaten depresif olanları tahayyül ettiğiniz zaman onun bir sıkıntısının olduğunu, onun bir şekilde patlak vereceğini anlarsınız.**”* sözleriyle bu bağlamı desteklemiştir.

Bu açıklamalar göstermektedir ki yöneticiler temaruz davranışı sergileyenlerin duygusal anlamda tutarlı olmadıklarını düşünmektedirler.

4.3.1.2. Özdenetimsizlik

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “başkasının sırtından geçinen”, “disiplinsiz”, “çalışma amacını unutan”, iş yaşam dengesini kuramayan”, “işine saygısız”, “işini sahiplenmeyen”, “işini savsaklayan”, “işten kaçan”, “kaytarmaya yatkın”, “mesaiyi tamamlamaya bakan”, “sorumluz” ve “tembel” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

*“... **kaytarmaya yatkın kimseler...**” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“... **başkasının sırtından para kazananlar aslında. Bizim inanç deyimimizde de kendi deyimimizde de aldığı kazanç helal olmaz. Para var ortada. Çünkü sen gel sürekli hastayım de hasta olmadığın halde. Ay sonunda git bankadan parayı al.**” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Yani şöyle, nasıl ifade etsem, **disiplinli** ve işine saygılı kişiler genellikle bu tip davranışlardan kaçınırlar.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“Normalde **işini güzel yapan bir hemşire** hiç öyle taklide falan gerek duymuyor.” (Hülya Hanım, SSH)*

Hakan Bey *“**Buraya geliş amacının başta çalışmak olduğunu kavrayıp daha sonrasında bu durumdan kurtulanlar...**”* sözleriyle temaruz davranışını sergileyenlerin çalışma amacını unuttuklarını dile getirmiştir. Hacer Hanım da *“**Ben buraya niye geldim, ne yapmam gerekiyor, yapmam gereken şeyler neler, kimlerle alakalıyım gibi bir düşünce olmuyor bu insanın...**”* açıklamalarıyla bu bağlamı desteklemiştir.

Meryem Hanım temaruz davranışı sergileyenlerin iş yaşam dengesi kuramadığını *“... ben mesela **evdeki hayatımı evde bırakırım, buraya sıfır gelirim***

ama bazı insan onu yapamaz. Kendi sorunları buraya yansıtan da oluyor.” şeklindeki açıklamalarla ortaya koymuştur.

Furkan Bey “*İşini çok fazla benimsememiştir, önemsemediyordur.*” sözleriyle temaruz davranışı sergileyenlerin işi sahiplenmediklerini ifade etmiştir.

Hülya Hanım “... *işten kaçan tipler bu tür şeylere daha yatkın...*” ve Meryem Hanım “*Hani işten kaçayım tarzında kişiler...*” açıklamalarıyla temaruz davranışı sergileyenlerin işten kaçtığını dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışını sergileyenler mesaiyi tamamlamaya bakan olarak algılanmaktadır. Bu bağlamda Meryem Hanım “*Ben mesaimi tamamlayayım da hani o mantıkla yaklaşanlar var. Bunu yapanlar o tip insanlar... İşte zora gelmeyeyim gibisinden...*”, Sevim Hanım “*Hani öyle de böyle de gün geçiyor, mesai bitiyor bir şekilde. Yani o anlayışta olan insanlar bence alıyor hani gerçekten olmayıp da olmuş gibi davrananlar...*” ve Hacer Hanım “... Saat bazlı çalışanlar *mesaimi doldurayım gideyim...*” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Temaruz davranışı sergileyenler sorumsuz olarak görülmektedir. Bu bağlamı Aynur Hanım “... Meslek hayatına atılıyorsun ama *onun sorumluluğunu alabilecek yeterlilikte değil bunu yapanlar. Onun ciddiyetinin farkında değiller...*” ve Elif Hanım “... bence *sorumluluk sahibi olmak önemli olan...*” sözleriyle dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışı sergileyenlerin tembel olara algılandığı destekleyen birden fazla katılımcı olmuştur. Bu noktada Ali Bey “*Şöyle nasıl desem bu çalışan olmayan kısma giriyor muhtemelen. Hani zorla çalışıyormuş gibi olan kişiler.*”, Hakan Bey “*Genelde iş ve işleyişi sevmeyen, iş yoğunluğunu sevmeyen, çalışmaktan hoşlanmayanlar...*”, Emre Bey “... *tembelliğe daha yatkın olanlar...*” ve Murat Bey “*Tembel diyebiliriz.*” açıklamalarında bulunmuşlardır.

Bu ifadelerle bakıldığında temaruz davranışı sergileyenlerin işlerine karşı sorumsuz oldukları görülmektedir.

4.3.1.3. Geçimsizlik

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “bencil”, “en ufak sorunu büyüten”, “hakka girdiğini düşünmeyen”, “güvenilir olmayan”, “problemliliği”, “kişiliği oturmamış”, “umursamazlar”, “yardımsever olmayan”, “art niyetli”, “iyi

niyeti suiistimal eden”, “vicdan sahibi olmayan” ve “şımarık” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“En ufak bir şeyde hemen bir yok olma isteği olanlar da var.” (Aynur Hanım, SSH)

*“Ben rapor aldığım zaman **hakka girdiğimi** düşünerek gereksiz yere almam bir sıkıntı olmadiğı sürece ama bunu düşünmez, mesela gider alır istediğini yapar.” (Meryem Hanım, SSH)*

*“... **kaos, problem bir** insanın üzerine baş etmişse bu ona doğuştan gelen bir şeydir.” (Ayşe Hanım, SSH)*

*“... **şöyle hani bu işi insanlara yardım etme** eee ya da **işte bir şeyler yapma adına yapmayıp** da sadece para için yani sadece maaşım ayın on beşinde yatıyor, nöbetim yatıyor, dönerim yatıyor. Bu gözle bakmak...” (Sevim Hanım, SSH)*

*“**Bence art niyetlidir.**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Öyle yapan insanlar var ama **iyi niyeti suiistimal eden insanlar çok var** veya bir hastalık var mesela tıbbi açıdan çok ciddi, önemli bir şey değil.” (Ayşe Hanım, SSH)*

*“Sürekli aile içerisinde işte sensin sensin sensin **her dediği olmuş olan insanlar...**” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)*

Temaruz davranışı sergileyenler bencil olarak nitelenmiştir. Bu noktayı Emre Bey “... **bencillik** de önemli. İkimiz aynı servisteyiz. Ben yalan söyleyip şu sağlık sorunun var deyip o yükü diğer arkadaşına yıkabilirim.”, Leyla Hanım “**Bencildir, onun için arkadaşlarının sıkıntıya düşmesi sorun değildir sadece kendi keyfini düşünüyordur, o an ona itebilir.**” ve Yağmur Hanım “... **oportünist kişilikler...**” şeklindeki açıklamalarla desteklemişlerdir.

Leyla Hanım “Bir insan **çok güvenilir**dir, yalan söylemeyi sevmez, bu kişi bunu yapamaz mesela. Bir tanesi vardır onun için fark etmiyordur.” ve Emre Bey “... ve onlar **daha çabuk yalan söyler.**” şeklindeki ifadelerle temaruz davranışı sergileyenlerin güvenilir olmadıklarını ortaya koymuşlardır.

Sevim Hanım “Yani ne diyeyim, **daha tam kişiliğini tamamlayamamış mı** diyeyim...” ve Aynur Hanım “... **olgunlaşamamışlar...**” sözleriyle temaruz davranışı sergileyenlerin kişiliklerinin oturmadığını beyan etmişlerdir.

Ahmet Bey “... Aslında şöyle oluyor, siz burada bunu yaptığınız vakit aslında diğer arkadaşlarınızı umursamadığınızdan dolayı bunu yapıyorsunuz. Onların tepkilerinden zaten çekinmiyorsunuz. Onların vereceği, söyleyeceği şeyler zaten sizi

pek rahatsız etmiyor. Umursamaz. Aslında umursamaz bunlar. Ne olursa olsun diyor...” şeklindeki ifadelerle temaruz davranışı sergileyenlerin umursamaz olduklarını beyan etmiştir.

Furkan Bey “... **vicdanı yitirmiş kişiler** olabiliyor...” ve Aynur Hanım “*Karakter, **vicdan**. Hepsinin özelliği var...*” açıklamalarıyla temaruz davranışı sergileyenlerin vicdan sahibi olmadıklarını dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalara bakıldığı takdirde temaruz davranışı sergileyenlerin diğerleriyle uyum içerisinde olmadıkları anlaşılmaktadır.

4.3.2. Diğer Özellikler

Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu bağlamda; “işgüzar”, “kurnaz”, “terbiye sahibi olmayan” ve “uyanık” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“... **işgüzarlık** bu... (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Biraz daha aslında nasıl desem **kurnaz** diyeyim. En açık söyleyebileceğim kelime galiba kurnaz. Yani hani az önce bahsettim şey derler bizde işi öğrenmeden işin çakallığını öğrenmek diye bir şey vardır.” (Kübra Hanım, SSH)*

*“... dediğim gibi bu insanlar sorumluluklarından **önce haklarını öğreniyor. Uyanıklık ...**” (Melek Hanım, SSH)*

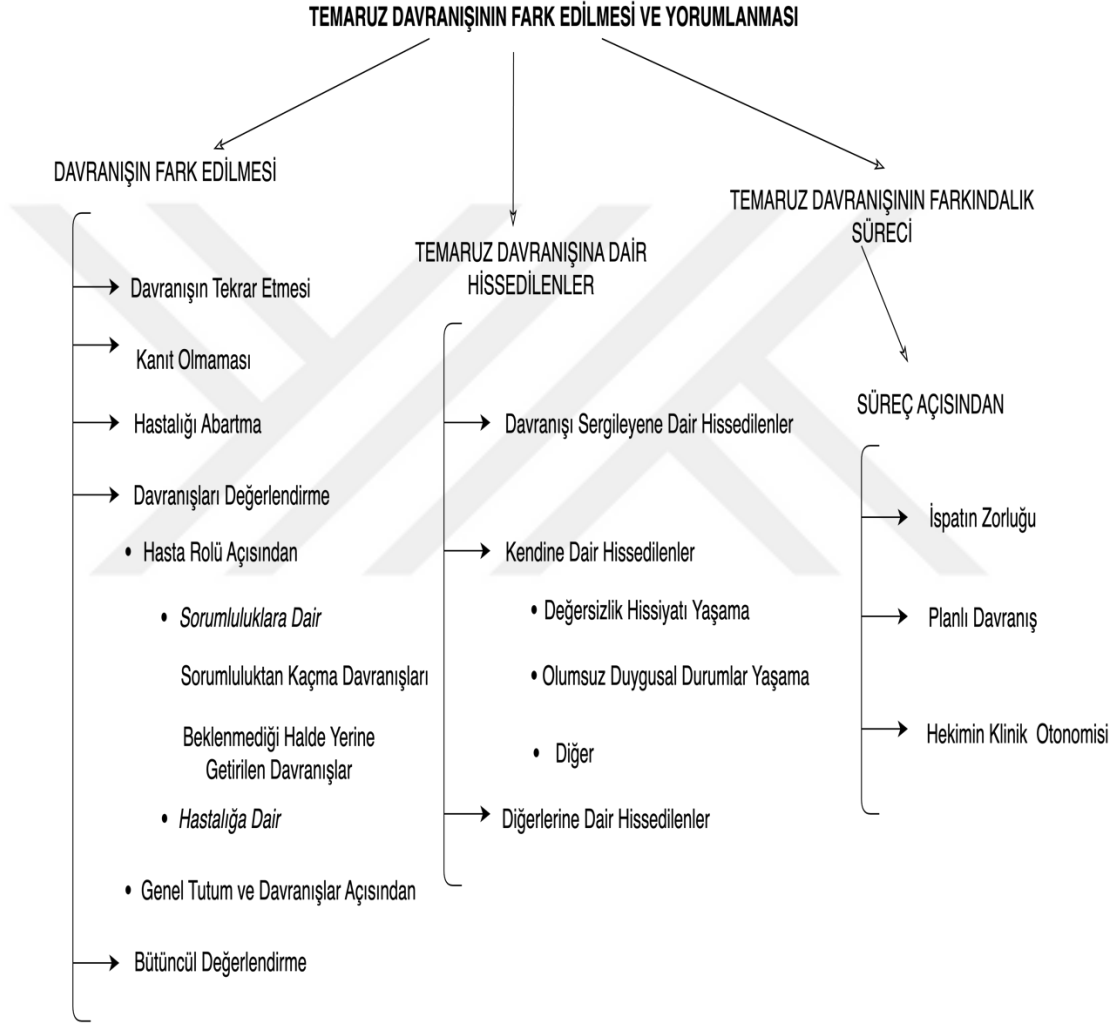
*“... **Aile terbiyesi almış** bir kişi, **devlet terbiyesi almış** bir kişi, burada memur olduğunda devleti temsil ettiğini bilen bir kişi daha farklı işine daha fazla tutunuyor...” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

Bu noktadaki ifadeler yöneticilerin temaruz davranışı sergileyenleri daha olumsuz nitelikler üzerinden açıkladıklarını göstermektedir.

Temaruz davranışını sergileyenlerin özelliklerine bakıldığı takdirde; duygusal tutarsız, özdenetimsiz ve geçimsiz oldukları görülmektedir. Bu davranışı sergileyenler duygusal anlamda dengeli tutum sergilememektedir. Yine ağırlıklı olarak katılımcılar sorumluluktan kaçmaya yönelik davranışlar sergilendiği için temaruz davranışı sergileyenleri özdenetimsiz olarak nitelemiştir. Son olarak bu davranışı sergileyenlerin çevresiyle uyum içerisinde olmadıkları ya da başka bir ifadeyle geçimsiz oldukları düşünülmektedir.

4.4. TEMARUZ DAVRANIŞININ FARK EDİLMESİ VE YORUMLANMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Temaruz davranışının nasıl fark edildiği sorulduğunda elde edilen cevaplardan yola çıkarak “*Davranışın Fark Edilmesi*”, “*Temaruz Davranışına Dair Hissedilenler*” ve “*Temaruz Davranışının Farkındalık Süreci*” şeklinde 3 üst tema oluşmuştur. Bunlara dair kavram haritası Şekil 14’te verilmiştir.

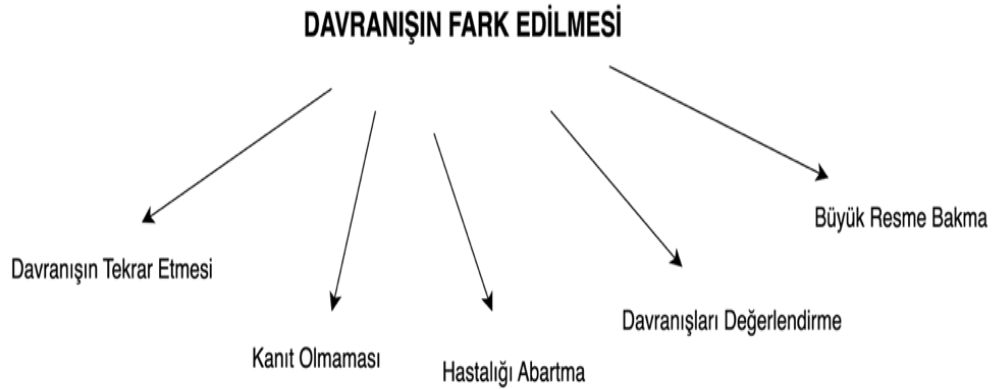


Şekil 14. Temaruz Davranışının Fark Edilmesi ve Yorumlanmasına İlişkin Kavram Haritası

4.4.1. Davranışın Fark Edilmesi

Katılımcılara sergilenen davranışın gerçek bir hastalık olup olmadığını nasıl anladıkları sorulduğunda “*davranışın tekrar etmesi*”, “*hastalığı abartma*”, “*kanıt*

olmaması”, “davranışları değerlendirme” ve “büyük resme bakma” şeklinde 5 kategori oluşmuştur. Buna yönelik unsurlar Şekil 15’te verilmiştir.



Şekil 15. Temaruz Davranışının Fark Edilmesine İlişkin Kavram Haritası

4.4.1.1. Davranışın Tekrar Etmesi

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “alışkanlık haline gelme”, “davranışın tekrar etmesi”, “sık sık izin isteme”, “sık sık rapor alma” ve “sürekli hastalığı bahane etme” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“... kişi ilk defa böyle bir şey yapıyorsa zaten kimse bir şey yapmıyor ama bir insan artık sürekli hale getirdiyse anlaşılıyor.” (Leyla Hanım, SSH)

“Yani sık sık izin isteme talepleri artmışsa rapor almaları artmışsa bir yerden sonra artık dikkat çekiyor.” (Kübra Hanım, SSH)

“... bir hemşire arkadaş sık sık rapor almaya başladı... Hele o yaz çok fazla rapor aldı...” (Sevim Hanım, SSH)

Ahmet Bey “... bir alışkanlık haline geldiğini düşündüğümde...” ve Leyla Hanım “... bir kişi sürekli aynı şeyi yapıyorsa artık bellidir.” sözleriyle temaruz davranışını alışkanlık haline geldiğinde anladıklarını dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışı, davranış tekrar ettiğinde anlaşılmaktadır. Bu bağlamı Hülya Hanım “Sıkıntısı var zannediyordum sonra böyle sürekli **tekrar edince** aslında hastalık değil de biraz bahane gibi...” ve Burak Bey “... defalarca kez bunu tekrarladığı zaman ancak ayabiliyorsunuz... **Peş peşe başlayınca** ... fark ettik ki şey yani hepsi hikâye...” şeklindeki açıklamalarla desteklemişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki davranış tekrarlandığında ya da alışkanlık haline geldiğinde yöneticiler temaruz davranışı ile karşı karşıya olduklarını anlamaktadırlar.

4.4.1.2. Hastalığı Abartma

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “büyük bir problem olmaması”, “ilaç tedavisi ile halledilebilecek durum olması”, “hastalığın geçmek üzere olması”, “hastalığı abartması” ve “rapor süresinin fazla olması” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Biyopsiden sonra sonuçlar aslında problemlili çıkmadı. Sadece ilaç tedavisi alması gerekti...” (Kübra Hanım, SSH)

“Atlatma evresindeydi iki gün maksimum. Ama arkadaş o zaman işte beş rapor, iki hafta sonu, iki de önceden vardı 9 günlük bir raporla yani 9 günlük bir boşlukla kurtarmıştı.” (Aynur Hanım, SSH)

“Boynum tutuldu deyip de böyle 20 gün rapor alan var. Bir ishal için de 4-5 gün rapor alınmaz, yoksa ben hani tabii az çok anlayabiliyorum iki gün. Hepimiz geçiriyoruz o hastalıkları, iki gün sürüyor, üç gün sürüyor.” (Aynur Hanım, SSH)

Aynur Hanım *“O an nöbeti bırakıp gidilecek bir problem olmadığını anlıyorum en azından. Ertelenebilir bir problem olduğunu anlıyorum. Böyle 10 günlük bir durum değil. Öyle büyük bir şey olsa kalkıp makyajını yapmazdı. Süslenip püslenip buraya gelmez ki.”* ve Sevim Hanım *“... ee şey psikiyatri ilacı kullanıyor. O şekilde rapor alıyor, mesela psikiyatriden rapor alıyor, çok basit bir ilaç kullanıyor.”* Şeklindeki açıklamalarla büyük bir problem olmadığını anladıklarında fark ettiklerini dile getirmişlerdir.

Hastalığın abartılması halinde temaruz davranışı fark edilmektedir. Bu noktada Ayşe Hanım *“... ortada hiçbir şey yokken abartan insanlar da var... tıbben bilimsel olarak dönüp baktığında aslında çok abartılmayacak şeylerin abartılması söz konusu...”*, Murat Bey *“Hastalığı abartanlar da oluyor, olmayan hastalığı söyleyen de oluyor.”* ve Yusuf Bey *“... söylüyorsun doktoruna git diyorsun. Gidiyor hastayım dedi doktor hiç ilaç bile yazmamıştı. İzin koparabilmek için söylediği abartılı bir olay...”* şeklindeki açıklamalar yapmışlardır.

Bu ifadelerle bakıldığında sağlık çalışanlarının var olan hastalıklarını abartması ya da abartılı sunması halinde yöneticiler temaruz davranışı ile karşı karşıya olduğunu anlamışlardır.

4.4.1.3. Kanıt Olmaması

Temaruz davranışının fark edilmesi noktasında kanıt olmaması önemli bir unsurdur. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu bağlamda; “gece çalışmak

istemesini açıklayamama”, “dayanak olmaması”, “hekime yönlendirince anlama”, “konulan tanılara bakma”, “anlatılanla septomların uymaması” ve “rapor getirememe” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“... mesaisini gece yapmak istediye ben sebebini sormakla yükümlüyüm. Neden gece diye. **Yeterli bir açıklama yoksa eğer, bu dikkat çekmeye başlıyor zaten.**”* (Kübra Hanım, SSH)

*“Şöyle biz hekim olduğumuz için **eğer anlattığı hikâye ile öne sürdüğü semptomlar uymuyorsa** temaruz oluyor zaten. Bazen çok tutarsız şeyler anlatıyor mesela...”* (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

Daha öncesinde konulan tanılar temaruzun fark edilmesini sağlamaktadır. Bu noktada Hacer Hanım *“Migren diyor mesela.... Sana bir giriş yapalım diyorsun girdiğinde sonuçta hasta bilgilerini, işte anamnezi falan girmek zorundasın. Eee bu sefer tanıları zaten önüne dökülüyor. **Bakıyorsun ki migren tanısı yoktur mesela.**”* şeklinde açıklamalarda bulunmuştur.

İleri sürülen hastalığa dair dayanak olmaması temaruzun fark edilmesini sağlamaktadır. Buna dair Kübra Hanım *“Şöyle mesela, benim verdiğim örnekte personelim ilk önce bizim hastanenin ortopedisine gidiyor elindeki tümörden kaynaklı. Ortopedideki verileri değerlendiriyoruz. Oradan gelen biyopside herhangi bir problem olmadığını gördük. Temizdi yani. Temizlenen bir tümörden akciğere zaten sıçraması mümkün değil. Arkasında **herhangi bir dayanak tutanak evrak olmadığı** için gerçekten böyle bir şey olduğuna dair yine yapması gereken mesai saatine o alanlarda çalışarak tamamladı.”*, Meryem Hanım *“... öncesinde buradan giden bir arkadaştan bahsedeyim. Hani dizim ağrıyor diyor. **Ağrı yani görüntüde bir şey yok ama ağrıyor diyor.**”* ve Murat Bey *“Daha somutlaştırırsak ben şu şu hastalığım diyor, ben bu görevde çalışamam çok hastayım ben diyor. **Hiçbir kanıt yok.**”* şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Fatih Bey *“... yani **sağlık profesyonellerine yönlendirince anlıyorsun.** İlgili söylediği hastalıkla ilgili gerekirse oranın doktorunu biz arayıp konuşuyoruz. Böyle böyle bir şey var mı diye kendimiz teyit ediyoruz... İki üç tane soru sorunca ya da bu ağrıyı yapmaz denilince şöyle böyle anamnezi detaylandırınca genelde ortaya çıkıyor.”* ve Yusuf Bey *“... **doktora gönderiyoruz zaten.** İlk önce onu bir deniyoruz.”*

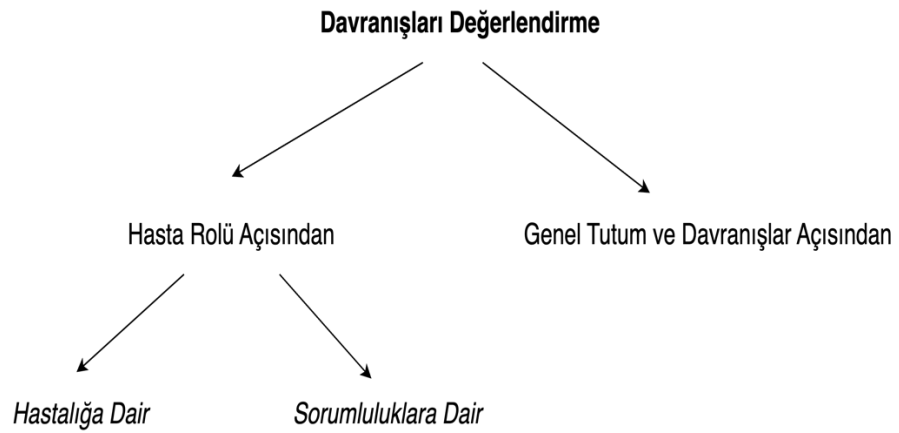
şeklindeki ifadelerle temaruzu hekime yönlendirince anladıklarını ortaya koymuşlardır.

İleri sürülen hastalığa dair rapor gelmemesi halinde temaruz fark edilmektedir. Bu noktayı Hacer Hanım “***Hiçbir doktor raporu, hiçbir sunulmuş resmi bir şey olmamasına rağmen hâlâ kendisi nöbet tutamayacak kadar kötü olduğunu iddia ediyor.***”, Murat Bey “***Diyor ki ben hastayım. Hem raporu yok ama mecbur kabul etmek zorundasın. Tamam, getir raporunu hemen çıkaralım seni başka bölüme alalım diyorum, gelmiyor.***” ve Ahmet Bey “***... benzer uygulama ile birkaç arkadaşta rastladık biz. Kendisi beli ile alakalı bir sorunu sıkıntısı olduğuna dair raporlar alıyor sürekli bir şekilde. Biz ona şöyle bir şey ifade ettik bununla alakalı sen bir heyet raporu getir hali hazırda hastalığın dokümente edilsin bu işte çalışamayacağın belli olsun biz seni bu işte çalıştırmayalım başka bir işte çalış şeklinde. Getiremedi ama...***” şeklindeki açıklamalarla desteklemişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşılıyor ki ileri sürülen hastalığa dair kanıt olmaması halinde yöneticiler temaruz davranışına hükmetmektedirler.

4.4.1.4. Davranışları Değerlendirme

Temaruz davranışının fark edilmesi noktasında kişinin sergilediği davranışlar önem arz etmektedir. Nitekim katılımcıların ifadeleri “*hasta rolü açısından*” ve “*genel tutum ve davranışlar açısından*” şeklinde ikiye ayrılmıştır. Bunlara yönelik unsurlar Şekil 16’da yer almaktadır.



Şekil 16. Davranışları Değerlendirmeye İlişkin Kavram Haritası

4.4.1.4.1. Hasta Rolü Açısından

Hastaya biçilen roller açısından konu ele alındığında katılımcıların ifadeleri “*hastalığa dair*” ve “*sorumluluklara dair*” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

▪ Hastalığa Dair

Katılımcıların temaruz davranışının nasıl fark edildiğine dair soruya verdikleri cevaplardan hareketle; “daha öncesinde iyi olma”, “hasta gibi davranmama”, “kısa sürede iyileşme”, “makyajla gelme” ve “rapor alma çabasının sürmesi” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair ifadelere aşağıda yer verilmiştir.

“... basit şeyler yani kalıcı bir şey yok zaten. **İki gün sonra bir şeyi yok görüyorsun...**” (Sevim Hanım, SSH)

“Mesela bu yakın zamanda rapor alan işte kötüyüm, hastayım deyip **makyajla gelen** bir arkadaşımız vardı burada... Ben sonradan dedim yani senin böyle bir haftalık bir rapor alacak bir durumun yok gibi duruyor **makyajla geldiysen iyisindir diye düşünüyorum** demiştim.” (Aynur Hanım, SSH)

Sevim Hanım “Öyle de bir şey başıma geldi bizzat şahit oldum. Cuma günü mesaideyiz bir arkadaşla. Cuma günü mesai yaptık. Cumartesi bu kişi nöbetçi. **Çok normaldik cuma her şey normaldi.** Abla görüşürüz, iyi akşamlar, beşte gitti falan. Sonra Cumartesi günü nöbete gelmemiş. Cumartesi günü Cuma meğer Konya’ya gitmiş gece ailesinin yanına. Cumartesi Konya’dan bana rapor atıyor.” ve Aynur Hanım “... ne bileyim işte boynum tutuldu diyor ama **bir gün öncesinde çok çok iyiydi.**” şeklindeki açıklamalarla daha öncesinde iyi olunduğu için temaruz davranışını fark ettiklerini dile getirmişlerdir.

Hasta gibi davranışlar sergilenmemesi temaruzu fark ettirmektedir. Bu unsura dair Melek Hanım “Dışarıda stori atıyor. Stori atıyor, durum yapıyor... **Hasta adam stroy atar mı?... Ya da gezmeye gider mi rapor alıp. Rapor aslında aldığın yerden geçirmek zorunda olduğun şeydir. O kadar belirgin ki.**”, Leyla Hanım “... ama bazen bunu şöyle fark ediyoruz, kişi bana çok kötüyüm diyor, ama bir bakıyorum ki **stori paylaşmış ya da bir yerlerden...** Buradan fark ediyoruz. **Hasta adam stori atabilir mi atamaz. Dinlenmesi gerekir. Rapor dediğiniz şey kişinin evde istirahat etmesi içindir.**”, Fatih Bey “Bir de kız **instagramdan manitası ile fotoğraflar, videolar attı. İdrar yolu enfeksiyonum var deyip adam fotoğraf atamaz. Değil mi?**”, Furkan Bey “... bence şöyle bakalım, şimdi ben rapor alacak olsam 3 gün rapor alıyor çok kötü değilsem onun peşine gitmem, çünkü gideceğim de, raporu yazdıracağım da,

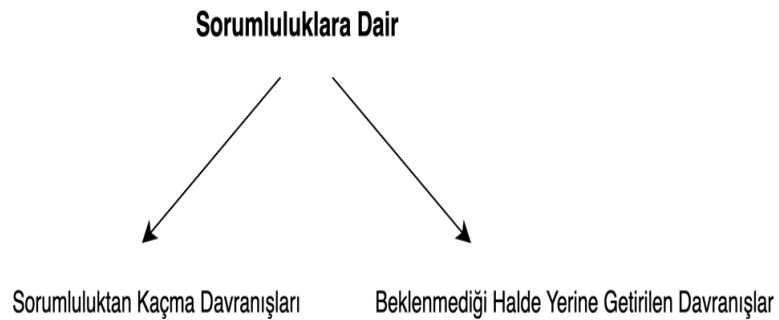
getireceğim vereceğim de, kaç kişiye anlatacağım da, şöyle de böyle de. **Kim uğraşacak yani kötü değilsem gerçekten kötü değilsem ama bu adam bunu yapıyor.**” ve Hülya Hanım **“Bir kere gerçekten hastaysa, hasta olanın sesi çok kötü geliyor. Mesela bir hemşire kriptik tonsillit olmuştu, aradı, kızın gerçekten sesi çıkmıyordu.”** şeklindeki açıklamalarla ortaya koymuşlardır.

Kişinin rapor alma çabasının sürmesi halinde temaruz davranışı anlaşılmaktadır. Bu bağlamı “... ee zaten hastaysa ve gerekli branşa gittiğinde gerçekten hasta ise zaten doktoru ona sen şu şu şartlarda çalışamazsın, nöbet tutamazsın ya da işte serviste, acilde, ameliyathanede çalışamazsın diye zaten doktor gerekli raporu düzenler ama **buna rağmen defalarca aynı birime gidip hani böyle bir rapor alamadığı halde, ben çok kötüyüm, ben çok şöyleyim, ben böyleyim diyerek çalışan var...**” ve Yusuf Bey **“Mesela doktor rapor vermese de yine ısrarla başka doktora gidiyor yani, ben bunu yaşadım.”** şeklindeki açıklamalarıyla ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki ifadelere göre yöneticilerin zihinlerindeki “hasta algısı” ile çalışanları uyumadığında temaruz davranışına hükmettikleri görülmektedir.

▪ Sorumluluklara Dair

Hasta rolü bakımından hastaya yüklenen sorumluluklar bulunmaktadır. Nitekim katılımcıların bu bağlamdaki ifadeleri **“beklenmediği halde yerine getirilen davranışlar”** ve **“sorumluluktan kaçma davranışları”** olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Buna yönelik kavram haritası aşağıda yer almaktadır.



Şekil 17. Sorumluluklara Dair Unsurlara İlişkin Kavram Haritası

Beklenmediği Halde Yerine Getirilen Davranışlar

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu noktada; “bir yerde karşılaşma”, “gezmeye gittiğini görme”, “kahkaha atarken görme”, “randevu verme” ve “sosyal medyada görme” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“... sevgilisine randevu veriyor. Şimdi biraz başım ağrıyor ama yarın buluşabiliriz diyebiliyor, akşama buluşuruz diyebiliyor.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

Emre Bey *“Hastaneye gelirken görüyorum dışarda. Arkadaşları ile kahkaha atarak sigara içiyor. 15 dk sonra gelip kolumu kaldıramıyorum diye izin istiyor kimisi.”* ve Yağmur Hanım *“Arkasını döndüğünde arkadaşı ile kahkahalarla sohbet edebiliyorsa...”* şeklindeki açıklamalarla kahkaha atarken gördüklerinde temaruzu fark ettiklerini dile getirmişlerdir.

Bir yerde karşılaşılması halinde yöneticiler temaruzu fark etmişlerdir. Bu unsura dair Melek Hanım *“... alışverişte oluyor...”*, Ayşe Hanım *“Ben rahatsızım evde yatıyorum deyip caddede karşılaştığım insanlar var.”* ve Yusuf Bey *“... hasta olduğunu söylüyor, iddia ediyor... dışarda gördüğüm insanlar oluyor.”* ifadelerini kullanmışlardır.

Meryem Hanım *“İznini alıyor gidiyor mesela. Diyor ki işte falanca yerim ağrıyor, çok hastayım çok kötüyüm. İzni aldıktan sonra gezmeye giden, şehir dışına çıkan eee hani kafeye şuraya buraya gidip arkadaş ortamında bulunan oluyor.”*, Furkan Bey *“Hastayım diyor festivalden çıkıyor, işte konserde buluyoruz.”* ve Aynur Hanım *“... il dışındaydı ve keyfi bir şeyden aldığı zaten belliydi.”* şeklindeki açıklamalarla gezmeye gidildiğini anladıklarında temaruzu fark etmişlerdir.

Sosyal medyada paylaşım yapılması temaruzu fark ettirmektedir. Buna yönelik olarak Ali Bey *“... şöyle mesela, sosyal medyadan paylaşımı görmüştüm... şöyle rapor almıştı fakat balık tutmaya gitmişti.”*, Meryem Hanım *“Ee zaten hani günümüzde şey olduğu için sosyal medya özellikle...”*, Elif Hanım *“İnsanlar artık şey yapıyorlar, sosyal medyada paylaşıyorlar.”* ve Ahmet Bey *“... bir arkadaşımız hasta olduğuna dair rapor getirdi. İşte üst amiri bana şey yaptı, hasta da olabilir yani dedim. Akabinde aradan bir veya iki gün geçti bana instagramdan şey gösterdi, mesela bir yere gezmeye gitmiş oradan da resim paylaşmış.”* şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Bu ifadeler göstermektedir ki yöneticiler “hastanın” sorumlulukları ölçüsünde beklenmeyen davranışlar sergilemesi halinde temaruz davranışını fark etmektedirler.

Sorumluluktan Kaçma Davranışları

Hastaya yüklenen bazı sorumluluklar bulunmaktadır. Nitekim katılımcıların açıklamalarından hareketle bu bağlamda “tedavi olmama”, “doktora gitmeme”, “muayene olmama” ve “serum taktırmama” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“... düünkü 24 yaşındaki yeni mezun işe yeni başlamış, iki yıllık arkadaşımız ben nöbet tutamam, benim panik atağım var artıyor deyip mesela ben hiçbir resmi bir şey sunmadığı halde nöbet tutmuyor. O getirsin raporunu, o iki yıl uzun bir süreç. İki yılın başında tedavi olsaydı şu anda tedavisi bile sonuçlanırdı.” (Hacer Hanım, SSH)

“... serum takalım dediğimizde gerek yok, doktora muayene ol dediğimizde gerek yok... hani bunların hepsine gerek yok deyince ister istemez anlıyorsun demek ki gerçekten hasta değil.” (Hülya Hanım, SSH)

“... doktora gitmiyor git dersin de...” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

“... medikal tedavi öneririz. Bunu kabul ediyorsa zaten orda da şey vardır, evet gerçekten hasta olup olmadığını anlarsın ve bu seçenekte hemen doktora yönlendiririz. O şekilde.” (Hacer Hanım, SSH)

“... git doktora muayene ol diyoruz mesela, gerek yok diyor. Ben kendimi biliyorum kendimi iyi hissetmiyorum falan diyor...” (Hülya Hanım, SSH)

Bu açıklamalarda görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının “hasta” olarak tedavi olma sorumluluklarını yerine getirmemeleri yöneticilerde temaruz davranışının fark edilmesini sağlamaktadır.

4.4.1.4.2. Genel Tutum ve Davranışlar Açısından

Katılımcılarla yapılan görüşmelerden hareketle bu noktada; “bakışlardan anlama”, “beden dilinden anlama”, “kişinin özelliklerini bilme”, “önceki davranışlardan anlama”, “fazla detay verme”, “gürültülü anlatma”, “sözlerden anlama”, “ses tonundan anlama” ve “tutarsız davranma” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik ifadeler aşağıda yer almaktadır.

*“Yani ben **bakışlarından** anlayabiliyorum. Kendini böyle sağlam kontrol etmesinden anlıyorum.” (Aynur Hanım, SSH)*

*“Bu insanlar olayı **gürültülü anlatmayı seçer.**” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

“... bunu daha öncesinde suiistimal edecek davranışları hal ve hareketleri varsa ben bu anlamda yani bunu destekleyen başka davranışları da varsa eğer...” (Hacer Hanım, SSH)

“Tarif ederken diyor ki, ayağımı yere koyunca sanki canım çıkıyor. Ya da sabaha kadar ateşlendim hiç uyuyamadım diyor. Klasik acemi yalancılar çok fazla detay verirler.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Derler ya, ses tonundan bile anlarsın, gerçekten hasta ya da değil diye. Konuşma tarzı ile ses tonu ile o sana hissettirdiği şeyle anlaşılıyor.” (Elif Hanım, SSH)

“Bugün çok kötüyüm, bugün gelemeyeceğim. Gerçekten hasta olanlar o ayrı ama bu tarz konuştuğu zaman biliyorsun gerçek değil...” (Elif Hanım, SSH)

Temaruz davranışında beden dilini anlaşılma açısından ipucu vermektedir. Bu noktada Hacer Hanım “Şimdi bir arkadaşımız geldiğinde biz onun gözünden **hal ve hareketinden** her şeyinden **beden dilinden** zaten bunu anlıyorsun ve dediğim gibi bu bir kere çok etiketlenecek bir durum değil.” ve Emre Bey “Bir kişinin **beden dilinden** bile anlaşılır bu durum. Mimikler, hareketler, tavır...” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Yöneticiler çalışanlarının kişilik özelliklerini bildikleri için temaruzu fark etmişlerdir. Melek Hanım “... **az çok kimden o davranış gelir biliyorum. Tanıdığımız arkadaşlarımız...**”, Sevim Hanım “Bu işi sonuçta kaç yıldır yapıyorum **hani az çok kimin ne olduğunu biliyorum.**”, Hacer Hanım “... **güvendiğim biriyse** kişiliğiyle ilgili bir soru işaretim olmaz...” ve Yusuf Bey “Zaten anlarsın ne demek istediğini anlıyorsun. **Ne kadar şey de yapsa tanıdığın bildiğin insanlar. Burada dün tanışıp da diyalog kurduğun insanlar değil. Yıllarca beraber çalışıyorsun. Kişisel özelliğini de biliyorsun karakteristik özelliğini de biliyorsun. Sana gelip ne söylediğini bile anlayabiliyorsun.**” şeklindeki açıklamalarla bu bağlamı ortaya koymuşlardır.

Aynur Hanım “Konuşmaya başladıkça **tutarsız davranışlarından** biraz daha anlayabiliyorsun.” ve Sevim Hanım “O kişinin ifadelerde fark ediliyor aslında böyle **söylemleri bir dediği bir dediğini tutmuyor.**” şeklindeki açıklamalarla tutarsız davranılması halinde temaruzu fark ettiklerini dile getirmişlerdir.

Bu noktadaki ifadeler gösteriyor ki yöneticiler sağlık çalışanlarının sergiledikleri hal ve tavırlara bakarak temaruz davranışının sergilendiğine kanaat getirmektedirler.

4.4.1.5. Bütüncül Değerlendirme

Temaruz davranışının fark edilmesinde yaşanan olayların değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Katılımcıların yapmış oldukları açıklamalardan hareketle; “edinilen tecrübeler”, “izin alamama”, “çalışmalarına bakma”, “ortamın huzursuz olması”, “yaşananlardan anlama”, “sürekli sorun çıkarma”, “kendi hastanesine gelmeme” ve “çok fazla rapor almaya başlanması” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

*“... tabii her ne kadar yılların tecrübesi olsa da bir doktor değiliz. Evet sen hastasın ya da değilsin diyemiyoruz. Az çok **tecrübemize dayanarak...**” (Hacer Hanım, SSH)*

*“**Bizim acile kendi hastanene gelirsın, gelmiyor. O an anlıyorsun.**” (Aynur Hanım, SSH)*

*“... birinci seferde anlamak mümkün değil. Bir de şey olabiliyor o zaman belki fark edilebilir. **Yani çalıştığı yerde bir huzursuzluk var. Huzursuzluk giderek artıyor siz de bunu görüyorsunuzdur. Bu huzursuzluk sonunda böyle bir şey yapıyorsa onu fark edebilirsiniz ama ilk seferde bunu sen yalancısın demek asla bence mümkün değil. Bana karşı böyle bir şey oldu yani.**” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“... bunu ayırt etmek esasında çok mümkün değil ama sadece **çalıştığı alandaki çalışmalarını geriye dönerek değerlendirip** sonra başvurduğu defalarca kez bunu tekrarladığı zaman ancak ayabiliyorsunuz.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

Ayşe Hanım “Başhemşireliğe gitti, **yıllık izin talep etti. O an alamadı servis müsait değildi. Rapor alıyor yaptığımız hiçbir şey yok.**” ve Hakan Bey “... önce bir izin konusunu zorlar. Önce bir zorlar bazı şeyleri. **O durum olmazsa kendini rapora yönlendirir bir...**” şeklindeki açıklamalarla izin alamadıkları için temaruz davranışını fark ettiklerini dile getirmişlerdir.

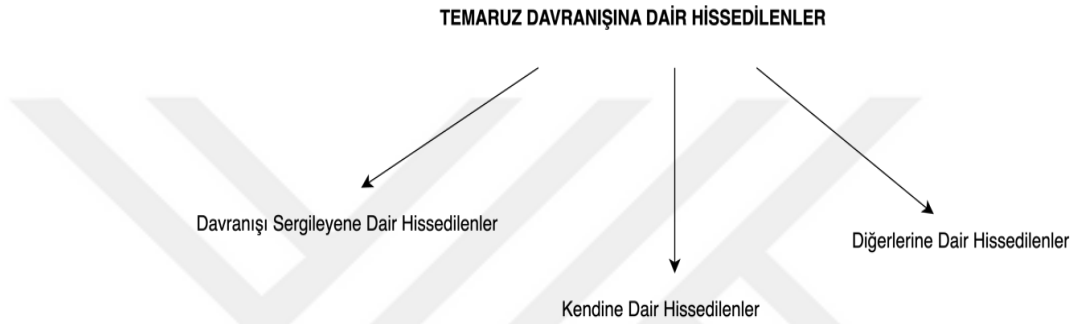
Burak Bey “Sürekli sorun çıkarıyordu, sürekli hastayım rapor alıyordu izin alıyordu vs. o tipler de vardı.” şeklindeki ifadelerle yaşananlardan anladığını ortaya koymuştur.

Çok fazla rapor almaya başlanması yöneticilerin dikkatini çekmektedir. Bu bağlamı Ahmet Bey “İlk göreve başladığım dönemde **çok fazla rapor alan insan vardı. Daha sonrasındaki süreçte bu kadar rapor alan insan olması beni rahatsız etti.**” ve Emre Bey “Bir dönem burada personel **üst üste rapor almaya başladı...**” şeklindeki açıklamalarla izah etmişlerdir.

Yöneticilerin geri dönüp olayları ve yaşananları değerlendirmesi sayesinde karşı karşıya oldukları davranışın temaruz olduğunu fark ettikleri bu açıklamalardan anlaşılmaktadır.

4.4.2. Temaruz Davranışına Dair Hissedilenler

Katılımcılara bu davranışı fark ettiklerinde neler hissettikleri sorulduğunda verilen cevaplar “davranışı sergileyenlere dair hissedilenler”, “kendisine dair hissedilenler” ve “diğerlerine dair hissedilenler” şeklinde 3 kategoriye ayrılmıştır. Bunlara yönelik kavram haritası Şekil 18’de gösterilmiştir.



Şekil 18. Temaruz Davranışına Dair Hissedilenlere İlişkin Kavram Haritası

4.4.2.1. Davranışı Sergileyenlere Dair Hissedilenler

Yöneticiler, sergilenen davranışı fark ettiklerinde sergileyen kişiye yönelik hislerinden bahsetmişlerdir. Yapılan açıklamalar neticesinde bu bağlamda; “anlam verememe”, “herkesin hesabı kendine deme”, “iş ahlakına uygun bulmama”, “iyi niyetini düşünme”, “kişinin ayıbı deme”, “samimiyetsiz bulma”, “terbiyesiz olduğunu düşünme” ve “yakıştıramama” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Herkes dönüp Allah’a hesap verecek, o da onun hesabı diyorsun.” (Ayşe Hanım, SSH)

“İş ahlakına pek uygun gelmiyor bana.” (Aynur Hanım, SSH)

*“Bir kere onu gerçekten hani iyi düşüncelerle çalışanının sağlığını vs. düşünerek **verdiğiniz kararı düşünüyorsunuz...**” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“.... bir yerden sonra diyorsun ki **bu da onun ayıbı.** Ne diyebilirsin ki.” (Ayşe Hanım, SSH)*

*“**Samimi bulmuyorum en başta.**” (Aynur Hanım, SSH)*

*“O kişinin artık **terbiyesiz bir insan olduğunu düşünüyorum.**” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

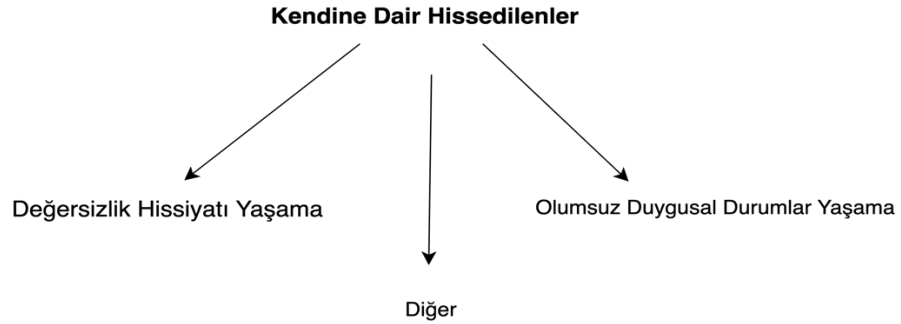
*“Bu tümör olayının özellikle **yakıştıramadım.** Çünkü çok uzun süredir birlikte çalıştığımız bir insandı. Hani sözüne gerçekten güvendiğim insanlardan bir tanesiydi.” (Kübra Hanım, SSH)*

Davranışı fark ettiklerinde yöneticiler anlam verememiştir. Bu unsuru Aynur Hanım “*Bu insanlar ne kadar rahat ya da **ne bileyim, buradakiler bir anda böyle rahat rahat raporunu alıyorlar gidiyorlar.***”, Hacer Hanım “***Bu kadar basit bir şey için böyle bir oyuna hiç gerek yok.***” ve Murat Bey “*Açık açık olmadığın bir şeyi kendine gösterip de işten kaçmak **için niye böyle bir şey yaparsın.***” şeklindeki açıklamalarla izah etmişlerdir.

Bu açıklamalar, yöneticilerin davranışı fark ettiklerinde yaşadıkları hisleri ortaya koymuş ve aynı zamanda sergileyen kişinin kendi vicdanına kaldığının üzerinde durduklarını göstermiştir.

4.4.2.2. Kendisine Dair Hissedilenler

Katılımcıların kendi hisleri üzerinden yaptıkları açıklamalar noktasında “*değersizlik hissiyatı yaşama*” ve “*olumsuz duygusal durumlar yaşama*” ve “*diğer*” şeklinde üçe ayrılmıştır. Buna yönelik unsurlar aşağıdaki şekilde yer almaktadır.



Şekil 19. Kendisine Dair Hissedilenlere İlişkin Kavram Haritası

4.4.2.2.1. Değersizlik Hissiyatı Yaşama

Katılımcılar davranışı fark ettiklerinde değersizlik hissine kapıldıklarından bahsetmişlerdir. Bu bağlamdaki kodlar ise; “*aptal yerine konmuş*”, “*çok saf gözüktüğünü düşünme*”, “*enayi yerine konmuş*”, “*kandırılmış*” ve “*salak yerine konmuş*” şeklindedir. Katılımcıların açıklamaları aşağıda sunulmuştur.

*“Böyle acaba diyorum benim anlamadığımı mı düşünüyor veya **çok mu saf gözükiyorum** da bana bu muameleyi yapıyor.” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Bunu anladıktan sonra da zaten **enayi yerine konduğunu falan düşünüyorsun** yani.” (Kübra Hanım, SSH)*

*“O an kendimi böyle **salak yerine koyulmuş** gibi hissediyorum.” (Hülya Hanım, SSH)*

*“**Kandırılmış** hissettim.” (Kübra Hanım, SSH)*

Ayşe Hanım “**Aptal yerine konulmak** kadar zor bir şey yok.”, Burak Bey “... **aptal yerine konmuş** gibi bir his oluyor.” ve Aynur Hanım “**Aptal yerine konmaktan da hiç hazzetmiyorum.**” şeklindeki ifadeleriyle aptal yerine konduklarını dile getirmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere yöneticiler temaruz davranışı karşısında değersizlik hissine kapılmışlardır.

4.4.2.2.2. Olumsuz Duygusal Durumlar Yaşama

Katılımcılar davranışı fark ettiklerinde duygusal anlamda yaşadıkları düşüşlerden bahsetmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle buna yönelik olarak; “canı sıkıntısı”, “demoralize olma”, “gocunma”, “modu düşme”, “üzülme”, “kızma”, “sinirleri bozulma”, “öfke” ve “hoşnutsuzluk” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“**Canın sıkılıyor.**” (Murat Bey, Başhekim)*

*“Hani bu şey oyunlara falan çok gelemeyen bir insan olarak direkt **demoralize oluyorum.** Yani kesinlikle bütün **modum falan düşüyor.**” (Hacer Hanım, SSH)*

*“... onda bir **gocunma** oluyor bende o kadar.” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“**Üzülüyorum gerçekten. Üzülüyorum onlar adına.**” (Sevim Hanım, SSH)*

*“Yani **çok öfkeleniyorum.**” (Aynur Hanım, SSH)*

Fatih Bey “İdrar yolu enfeksiyonum var deyip adam fotoğraf atamaz. Değil mi? **Ben çok köpürdüm ya...**”, Burak Bey “Yani tabii ilk senelerde **çok kızıyordum.**” ve Ayşe Hanım “**Başta çok tepki veriyorsun.**” şeklindeki açıklamalarla kızdıklarını dile getirmişlerdir.

Leyla Hanım “**Sinirleniyorum ister istemez insanlar sinirlenir.**”, Murat Bey “**Sinir bozucu. Sinirim bozuluyordu.**” ve Fatih Bey “**Başka bir arkadaşını zor durumda bıraktı. Tabii ona ben baya sinirlendim.**” şeklindeki sözleriyle sinirlendiklerini ortaya koymuşlardır.

Sevim Hanım “**Hoş değil yani...**” ve Ayşe Hanım “**Hiç hoş bir şey değil.**” şeklindeki ifadelerle hoşnutsuz olduklarını ifade etmişlerdir.

Görüldüğü üzere yöneticiler davranışı fark ettiklerinde içerisinde bulundukları durum hasebiyle olumsuz duygulara kapılmışlardır.

4.4.2.2.3. Diğer

Katılımcıların davranışı fark ettiklerindeki hislerine yönelik açıklamalarından hareketle; “gerçekleri bilmek isteme”, “her yerde olabilme”, “başkası adına utanma”, “bir şey diyememe” ve “umursamama” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda verilmiştir.

“**Keşke gerçekten durumu anlatsalar, izah etseler ya da bunu neden yapıyorlar.**” (Sevim Hanım, SSH)

“**Diğer kurumlarda da benim arkadaşlarım var. Karşılaşılabilen bir davranış olduğu için, her yerde olabilen bir şey olduğu için umursamıyorum. Her yerde böyle işler veya böyle olaylar olabilir diye çok şey yapmıyorum.**” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“**Başkası adına utanıyorsun işte.**” (Murat Bey, Başhekim)

“**Yani hiç o an bir şey diyemiyorsun ki.**” (Ayşe Hanım, SSH)

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere yöneticiler temaruz davranışı karşısında olayı kişiselleştirmeyen tepkiler vermişlerdir.

4.4.2.3. Diğerlerine Dair Hissedilenler

Katılımcılar davranışı fark ettiklerindeki hislerini diğerleri üzerinden açıklamışlardır. Nitekim katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “diğerlerine üzülmeme”, “vicdanen rahatsız olma”, “haksızlık” ve “mahcubiyet” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“**Ben en çok da geride kalanlara üzüliyorum.**” (Elif Hanım, SSH)

“**Ben gerçekten vicdanen çok vicdansız oluyorum. Bana ne, dünyayı ben mi kurtaracağım ya da hastaneyi ben mi kurtaracağım düşüncesinde olan bir insan değilim.**” (Elif Hanım, SSH)

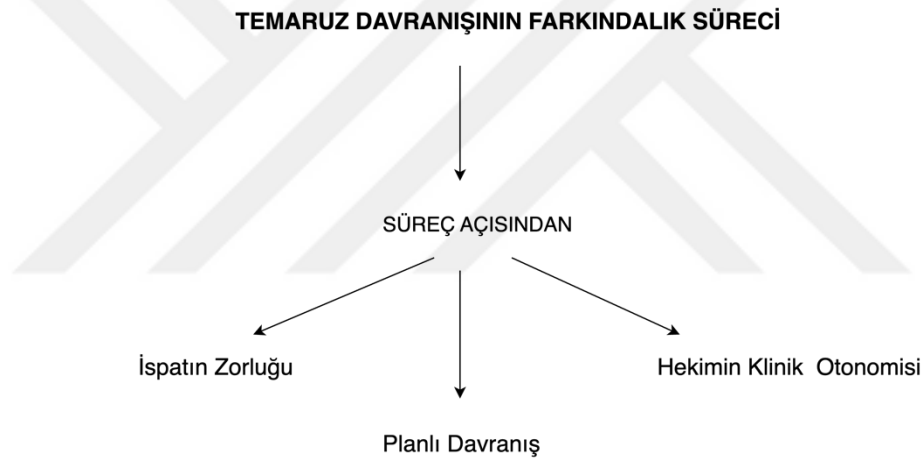
“... diyorum ki hani bu keyfi bir izin ve ben bu sefer ee **onun yerine getirdiğim insanlara karşı mahcubiyet hissediyorum.**” (Elif Hanım, SSH)

Davranış sergilendiğinde yöneticiler çalışma arkadaşlarına haksızlık olduğunu düşünmektedir. Bu noktayı Aynur Hanım “*Diğer arkadaşlarına **haksızlık olduğunu** düşünüyorum...*” ve Leyla Hanım “***Sen bakıyorsun ki çok çalışan bir hemşiren zorda kalıyor veya çok çalışmış oluyor.***” şeklindeki açıklamalarla ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki ifadelerden yöneticilerin temaruz davranışı sergileyen kişinin haricindeki ekip arkadaşlarına yönelik bir kaygı içerisinde olduğu görülmektedir.

4.4.3. Temaruz Davranışının Farkındalık Süreci

Temaruz davranışı sergilenirken bir süreç işlemektedir. Katılımcılara temaruz davranışının süreci sorulduğunda “*süreç açısından*” adlı teması oluşmuş ve bunlar aşağıdaki kavram haritasında yer almıştır.



Şekil 20. Temaruz Davranışının Farkındalık Sürecine İlişkin Kavram Haritası

4.4.3.1. Süreç Açısından

Sürece yönelik katılımcıların bahsettiği unsurlar; “*ispatın zorluğu*”, “*planlı davranış*” ve “*hekimin klinik otonomisi*” şeklinde 3 kategori altında ele alınmıştır.

4.4.3.1.1. İspatın Zorluğu

Temaruz davranışının farkındalık süreci bir zaman dilimine denk gelmektedir. Nitekim katılımcılar ilk etapta davranışı fark etmenin mümkün olmadığından bahsetmişlerdir. Bu bağlamda oluşturulan kodlar ise; “ayır etmenin zor olması”, “bir süre sonra anlama”, “durumu ciddi sanma” ve “hastalık olunca inanma”dır. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Bunu ayırt etmek esasında çok mümkün değil.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Hacer Hanım *“Panik atağı olan bir arkadaş var. Geldiği günden itibaren ben panik atağım var nöbet tutamam. Gece kötüleşiyorum gibi. Belli bir süre idare edelim edilecek gibi ama **geldiğimiz noktada nerdeyse iki yıl oldu.** Hiçbir doktor raporu hiçbir sunulmuş resmi bir şey olmamasına rağmen hâlâ kendisi nöbet tutamayacak kadar kötü olduğunu iddia ediyor. **İki yılın** başında tedavi olsaydı şu anda tedavisi bile sonuçlanırdı.”* şeklindeki sözleriyle bir süre sonra temaruzu anladığını dile getirmiştir. Benzer şekilde Fatih Bey *“Gerçekten hasta olmadığını hani ya bir kaytarma ya başka problemlerden kaynaklı şeyler olduğunu **üçüncü, beşinci günde de anlayabiliyorsun.**”*, Ayşe Hanım *“Bazı insanlar çok profesyonel davranıyor. O yüzden anlayamıyoruz dediğim gibi **ifşalanmadığı sürece** çoğu insanı anlamıyoruz.”*, Kübra Hanım *“Ama dediğim gibi **bu uzun bir süreç de olabilir. Bir bakıyorsun bir ay bir yıl içerisinde temaruza maruz kalabiliyorsun.**”* ve Burak Bey *“**Bir süre geçmişti** eee süreyi hatırlamıyorum. Çok uzun bir süre değildi.”* şeklindeki açıklamalarla bu bağlamı desteklemişlerdir.

Yöneticiler ilk etapta durumun ciddi olduğunu düşünmüşlerdir, ancak sonrasında yaşanan farkındalıkla beraber sürece dair fikirleri oluşmuştur. Bu noktayı Murat Bey *“Tabii **ilk başta bunun ciddi olduğunu düşünüyorsun, karşı tarafa inantıyorsun.**”*, Hülya Hanım *“Biraz önce anlattığım arkadaşım mesela ilk başta fark etmedim. **Gerçekten hasta zannediyordum. Sıkıntısı var zannediyordum.**”* ve Hacer Hanım *“Tabii her ne kadar yılların tecrübesi olsa da bir doktor değiliz. Evet sen hastasın ya da değilsin diyemiyoruz.”* şeklindeki ifadelerle ortaya koymuşlardır.

Hakan Bey *“Şöyle bir durum var. **Personel ben hastayım dediği anda hayır sen hasta değilsin diyecek hiçbir yönetici yok.** Çünkü ben hastayım dedikten sonra sen hasta değilsin deyip çalıştırırsan, hastalığı gerçekten varsa bir iş güvenliği, iki mobbinge girer bu. Personel yalan bile olsa bize hastalığını söylediği zaman ayy tamam geçmiş olsun der, ilgili uzmana göndeririz.”* sözleriyle hastalık olunca inandığını ifade etmiştir. Aynı şekilde Meryem Hanım da *“İlkinde kabul etmek zorundayız zaten çünkü **söz konusu olan hastalık.** Yalan söylüyorsun diyemezsin direkt. Ağrım var dediyse ne diyebilirsiniz ki ya da sadece onun ifadesine bağlı bir şeyse ne diyebilirsin ne yapabilirsin?”* bu noktanın üzerinde durmuştur.

Bu açıklamalar göstermektedir ki temaruz davranışının ilk anda fark edilmesi söz konusu olmamakta ve davranışın sergilendiği esnada kişinin gerçekten hasta olduğu düşünülmektedir.

4.4.3.1.2. Planlı Davranış

Katılımcılar temaruz davranışının sürecine yönelik çalışanların bu davranışı öncesinde tasarladıklarına değinmişlerdir. Katılımcıların açıklamalardan yola çıkıldığında bu bağlamda; “kafaya koyma”, “bir süre geri çekilme”, “ne yaptığını bilme”, “davranışı uzun sürdürememe”, “önceden tasarlama” ve “yöneticinin yanında yapma” kodları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Sadece o kişi tepki aldığında **geri çekiliyor bir süre. İster istemez unutunca devam ediyor, bir kere böyle bir yol keşfetmiş yani. Birazcık geri çekiyor dediğim gibi.**” (Leyla Hanım, SSH)*

“Sabahında hani ki Konya’ya gitmek şey değil mi bir anda olmaz. Bileti varmış her şeyi varmış ki gitmiş Konya’ya, meğer bunu tasarlamış zaten.” (Sevim Hanım, SSH)

“Özellikle mesela benim yanımda şey yapıyor. Mesela ayağım ağrıyor diyor ya ayağını yerde sürüyor.” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Meryem Hanım “Sürekli benimle olan gündüz 8-5 burada çalışan bir insan sürekli benim şuram ağrıyor, ben şu yapmayacağım deme şansı yok. Nereye kadar uzatacak ki bunu.” ve Kübra Hanım “**Fark edildiği zaman çok uzun süre gerçekten maruz bırakamıyorlar.**” şeklindeki açıklamalarıyla davranışın uzun süre devam ettirilemediğinden bahsetmişlerdir.

Davranışın kafaya konduğunu Melek Hanım “Ee zaten bu kişinin **aklında o var rapor alacaksa alacak.**” ve Ayşe Hanım “Ne diyeyim bir kere o gelmemeyi **kafaya koymuş** zaten.” şeklindeki açıklamalarla ifade etmişlerdir.

Davranışı sergileyen kişi esasında ne yaptığının bilincindedir. Bu unsuru Sevim Hanım “**Yani insan aslında ne yaptığını biliyor** ve söyleyecek hiçbir şeyi yok aslında. Sadece bocalıyor. Çocuk gibi bocalıyor bu insan 24 yaşında yani.” ve Leyla Hanım “Dışardaki reels ya da şeylerini gördüğüm zaman **soruyoruz, yok eskiydi öylesine paylaştım falan filan diyorlar.**” şeklindeki açıklamalarla ortaya koymuşlardır.

Bu ifadeler gösteriyor ki sağlık çalışanları belirli bir plan ölçüsünde temaruz davranışı sergilemektedirler.

4.4.3.1.3. Hekimin Klinik Otonomisi

Katılımcılar temaruz davranışına dair oluşan bir farkındalık olarak hekimin klinik otonomisinden bahsetmişlerdir. Bu bağlamdaki açıklamalardan hareketle “hekime hesap soramama” kodu ortaya çıkmıştır. Bu koda ilişkin ifadeler aşağıda yer verilmiştir.

“Artı diyelim rapor aldı, raporu veren doktora da gidip hesap soramıyorsun. Hele ki burası bir hastane hani diyelim, a doktorumuz rapor vermiş arkadaşına gidip doktora diyemezsin niye verdin diye. Adam diyecek ki ben doktorum ben uygun gördüm verdim sana ne. Hani bunu yönetim bile diyemiyor doktora. Diyemez çünkü diyecek ben muayene ettim uygun gördüm sizi ilgilendirmez. Ben doktor muyum doktorum yazıyor.” (Meryem Hanım, SSH)

“Sonuçta bu hekim, sana bu raporu hekim vermiş. Bu adam beni muayene etmiş. Hâlâ raporluyken muayene beni tekrar muayene edersen o hekime güvenmiyor olursun. Kurumlar arasında büyük sıkıntıya sebep olur bu. Ben senin hekimliğini sorguluyorum diyorsun bir hekime aslında.” (Ayşe Hanım, SSH)

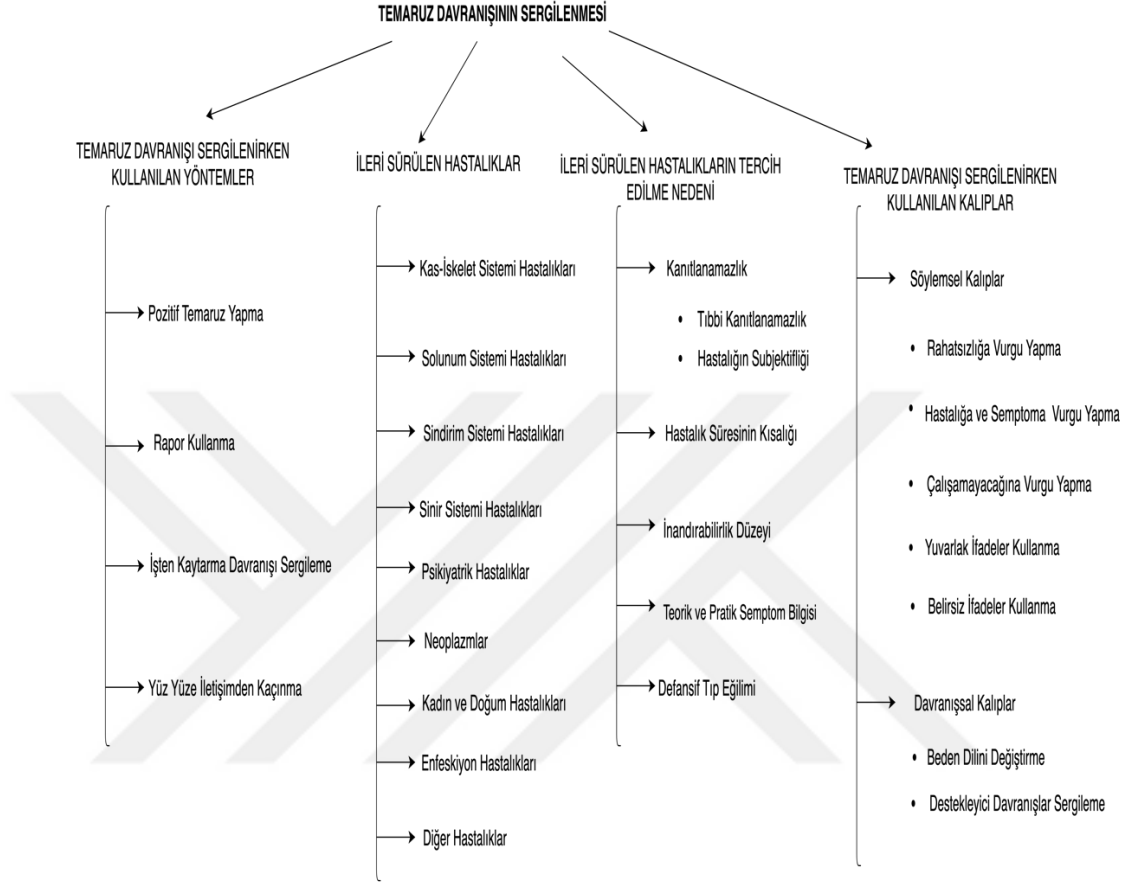
Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışının sergilenmesi ve fark edilmesi neticesinde yöneticiler hekimlerin klinik otonomisinin farkına varmışlardır.

Temaruz davranışının fark edilmesi noktasında davranışın tekrar etmesi, kanıt olmaması, hastalığın abartılması, davranışların değerlendirilmesi ve bütüncül değerlendirme söz konusu olmaktadır. Yöneticiler, çalışanlarını hasta rolü ve genel tutum ve davranışlar bakımından değerlendirmekte ve bunlar “hastalık algılarıyla” uyuşmadığında temaruz davranışını anlamaktadırlar. Temaruz davranışının anlaşılması halinde yöneticilerde kendileriyle, davranışı sergileyenle ve diğerleriyle ilgili duygular oluşmaktadır. Yöneticiler temaruzu fark ettiklerinde değersizlik hissine kapılmış ve olumsuz duygular yaşamışlardır. Son olarak bir süreç geçtiğinde yöneticilerin temaruzla karşı farkındalıkları oluşmaktadır. İlk etapta temaruzun fark edilmesi zordur ki bu ispatın zorluğunu içermektedir. Yanı sıra temaruz davranışı planlı bir şekilde sergilenmekte ve hekimin klinik otonomisini kapsamaktadır.

4.5. TEMARUZ DAVRANIŞININ NASIL SERGİLENDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Temaruz davranışının nasıl sergilendiğine yönelik sorulara verilen cevaplara yönelik “*Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Yöntemler*”, “*Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıklar*”, “*Temaruz Davranışı*

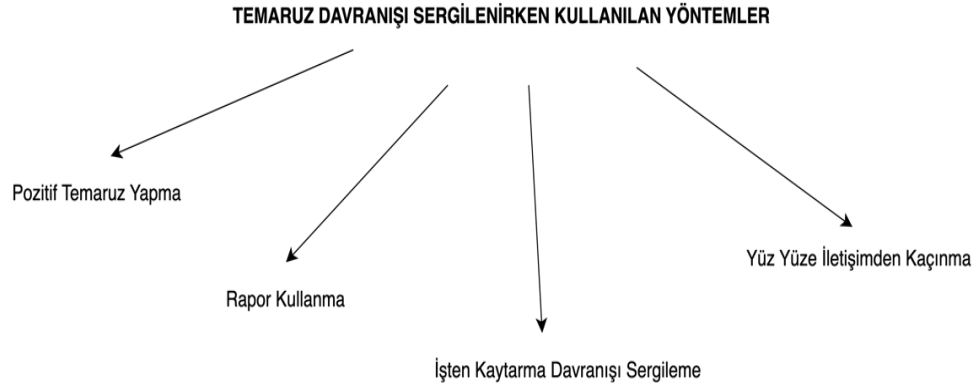
Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıkların Tercih Edilme Nedeni” ve “Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Kalıplar” şeklinde üst temalar meydana gelmiştir. Bunlara ilişkin unsurlar Şekil 21’de yer almaktadır.



Şekil 21. Temaruz Davranışının Sergilenmesine İlişkin Kavram Haritası

4.5.1. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Yöntemler

Temaruz davranışı bazı araçların kullanılması sayesinde ortaya çıkmaktadır. Buna yönelik olarak “pozitif temaruz yapma”, “rapor kullanma”, “işten kaytarma davranışı sergileme” ve “yüz yüz iletişimden kaçınma” olmak üzere 4 kategori ortaya çıkmıştır. Buna yönelik kavram haritası aşağıda yer almaktadır.



Şekil 22. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Yöntemler

4.5.1.1. Pozitif Temaruz Yapma

Temaruzun alt tiplerinden pozitif temaruzda; var olmayan belirtilerin sanki varmış gibi sunulması ya da belirtilerin kasıtlı şekilde abartılması söz konusudur. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “hastalık uydurma”, “herkesi manipüle etme”, “iş yapamayacak belirtiler ifade etme”, “yatış yaptıрма”, “kronik hastalığı kullanma”, “hastalığı abartma” ve “rapor alınan yer göre hastalık belirtme” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

*“... başka bir yöntem yani genel olarak **manipülasyon**. Bir başkası gelip işte o temaruz yapan kişiye a dersek, b, c, d geliyor diyor ki a böyleymiş, şöyleymiş. Çok hastaymış falan. **Böyle insanları manipüle etmek**.” (Murat Bey, Başhekim)*

*“... **kişinin çalışacağı ortamda ona sıkıntı verecek belirtileri söylemesi...**” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“... **mesela kendi servisine uygun olmayan bir tanım yapıyor...**” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“**Yatış yaptırıyor**. Başka hastanede yatış gösteriyor ve yatışım var diyor...” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“... **klinikten kliniğe veya alınan yere göre değişir bu...**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Murat Bey “... **olmayan hastalığı söyleyen oluyor...** Daha somutlaştırsak ben **şu şu hastalığım var diyor**, ben bu görevde çalışmam **çok hastayım** ben diyor...”, Yusuf Bey “Mesela şey var **psikiyatrik rahatsızlığı varmış gibi davranıp** eee aslında olmayıp ama **davranış bozuklukları göstererek** işte hem toplumdan hem de ne diyelim devlet otoritesinden çıkmaya çalışan insanlar oluyor.” ve Ayşe Hanım “... **hastayım**

deyip giden insanlar oluyor...” şeklindeki açıklamalarla hastalık uydurma yöntemini dile getirmişlerdir.

Meryem Hanım “... *kronik bir hastalık varsa zaten sürekli onu kullanır kişi. Örnek veriyorum önceki dönemlerden bildiğim kadarıyla şeker hastası tip 1 diyabet olan arkadaşlarımız var mesela. Bu senin diyabetsen hayatının bir parçasıdır, bu hastalık senin hayatının bir parçasıdır. **Kronik hastalığını sürekli kullanan tipler var. Bir rahatsızlığını sürekli kullanıyor.***” ve Murat Bey “*Benim karşılaştıklarım genelde daha çok **kronikti**, işte astımım var...*” sözleriyle kronik hastalıkların kullanıldığını ifade etmişlerdir.

Temaruzda hastalığın abartılması söz konusudur. Bu bağlamda Kübra Hanım “*Çok da önemli olmayan elinde bir şey vardı tümör vardı. Eee biyopsi yapıldı. Biyopsiden sonra sonuçlar aslında problemli çıkmadı. Sadece ilaç tedavisi alması gerekti. Ama o tamamen bunu olumsuz yönde kullanarak, **abartarak işte aslında onun kötü huylu bir tümör olduğunu akciğerlere sıçramış olabileceğini falan kullandı.***”, Hacer Hanım “*Baktım gün içerisinde hiçbir şeyi yokken birdenbire nerdeyse **hastaneye yatacak şekilde dile getirmeye başladı.***” ve Ayşe Hanım “... *ortada hiçbir şey yokken **abartan insanlar da var...***” şeklinde acıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu ifadeler gösteriyor ki sağlık çalışanlarının ya hastalık belirtilerini abarttıkları ya da hastalık ürettikleri bir temaruz tablosu bulunmaktadır.

4.5.1.2. Rapor Kullanma

Rapor, temaruz davranışının sergilenmesi için bir araçtır. Nitekim katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında bu hususta; “acilden rapor alma”, “aile hekiminden rapor alma”, “boş günden sonra rapor alma”, “ikili ilişkilerle rapor alma”, “heyet raporu alma”, “izinlerden sonra rapor alma”, “nöbet sonraları için rapor alma”, “özel hastaneden rapor alma”, “rapor kullanma” ve “tatillerden önce-sonra rapor alma” kodları oluşturulmuştur. Bu noktadaki katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“... *gitmiş acilden hem de iki günlük rapor almış. O kadar, iki günlük rapor almış.*” (Sevim Hanım, SSH)

“*Yani gidiyor **aile hekimine** bir gün, iki gün, beş gün... Aile hekimleri hasta kaybetmek istemezler.*” (Melek Hanım, Başhemşire)

“... *direk **boş günüdür mesela direk almış, raporu sonradan sana yolluyor.***” (Leyla Hanım, SSH)

“Pazartesi nöbet yazdım, Çarşamba yazdım devamı boştu. Orda bir boşluk oluştu ya arkadaş ondan sonra gitti Pazar günü de rapor aldı.” (Hülya Hanım, SSH)

“İki üç ay üst üste özel hastanelerden alıp yolladı.” (Sevim Hanım, SSH)

“Bazıları öyle hesaplıyor ki bayrama denk getiriyor. 5 gün önceden raporu alıyor bayramla birleştiriyor 9 gün ya 15 gün yok arkadaş.” (Melek Hanım, Başhemşire)

İkili ilişkiler temaruz davranışının sergilenmesini kolaylaştırmaktadır. Nitekim Emre Bey *“Yanı sıra kendileri sağlıkçı oldukları için ikili ilişkilerle kolaylıkla rapor alabilirler.”*, Melek Hanım *“Hekimle arayı iyi tutuyor. Hekimle iyi ilişkiler. Hekime gidiyor. Bazı hekimlerimiz var hiç kimseyi kırmıyor mesela. Bazıları da çok pimpirikli ama bazıları geliyor hocam bana rapor lazım işte oradaki sekreterle arası iyidir, personelle arası iyidir. Asistanla arası iyidir hemşirenin ya da temizlikçinin ya da laboratuvar teknikerinin, hasta bakıcının... Bir de başka bir ilden tanıdık birini buluyor.”*, Ahmet Bey *“... raporlar ahabap çavuş ilişkisi diyelim veya daha farklı ilişkilerle verilebiliyor.”*, Leyla Hanım *“... burada bir arkadaşlık ilişkisi kuruluyor. Doktorun işini yapıyor olabilir çalışan ya da sıkıntı çıkarmıyor olabilir. Doktor da ona rapor yazar.”* ve Fatih Bey *“... herkesin kıramayacağı insanlar vardır. Böyle durumlar olabiliyor.”* şeklindeki açıklamalarıyla bu noktanın üzerinde durmuşlardır.

Elif Hanım *“Bazen heyet raporu alan arkadaşlar oluyor.”* ve Melek Hanım *“... bu işe girerken sağlık raporu alan kişiler bir yıl sonra işte gidip heyetten rapor alıyor işte ben hastayım, engelim var. Bunu çok yaşadık biz. Bel fıtığını çıkarıp getiriyor, ben iş göremem diyor...”* şeklindeki ifadeleriyle heyet raporu alındığını dile getirmişlerdir.

Hülya Hanım *“Mesela birine yıllık izin vermiştim. Pazartesi başlaması gerekirken rapor aldı.”* ve Sevim Hanım *“... izin almıştır izinden sonra rapor birleştirmiştir.”* şeklindeki açıklamalarla yıllık izinden sonra rapora başvurulduğunu ortaya koymuşlardır.

Rapor alma noktasında pek çok katılımcının açıklamaları bulunmaktadır. Meryem Hanım *“Direkt gidip görüşüp rapor alıyorlar yani...”*, Melek Hanım *“Mesela benim bir hemşirem var. Ben nereye verdimsem sürekli rapor aldı.”*, Kübra Hanım *“Yani en dikkat çeken rapor tabii ki...”*, Hülya Hanım *“... bizim burada yani benim servisimde gördüğüm rapor...”*, Hacer Hanım *“... rapor seçeneği ...”*, Elif Hanım *“... rapor alıyor...”*, Sevim Hanım *“Yani nasıl anlatayım açıkça anlatayım*

ben size. Yıllar önce diyeyim 10 yıl önce falan yine çocuk cerrahisinde bir hemşire arkadaş sık sık **rapor almaya başladı.**” ve Burak Bey “... sürekli hastayım diye **rapor alıyordu.**” şeklindeki ifadeleriyle bu bağlamı açıklamışlardır.

Bu açıklamalara göre hastalığın resmileştirildiği bir unsur olarak rapor temaruz davranışının sergilenmesinde oldukça önem taşıyan bir araçtır.

4.5.1.3. İşten Kaytarma Davranışı Sergileme

Katılımcılara göre çalışanlar hastalığı ileri sürerek işten kaytarıcı davranışlar sergilemiştir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “iş yavaşlatma”, “iş bilmezlikten gelme”, “işten kaçma”, “izin alma”, “mesai saatlerinin düzenlenmesini isteme”, “nöbet tutmayı istememe” ve “iş yapmama” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcı ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

“... mesai saatlerini düzenleyen kişiden **mesai saati düzenlenmesi istemek** de dikkat çekici yöntemlerden birisi...” (Kübra Hanım, SSH)

“Benim bu sıkıntım var deyip **o işin gerektirdiklerini yapmamaya çalışıyor.**” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Diyor ki işte falanca yerim ağrıyor, çok hastayım çok kötüyüm. **İznini alıyor** gidiyor.” (Meryem Hanım, SSH)

“... mesela şu an bir arkadaşımız var. Panik atağım var **nöbet tutamam...**” (Hacer Hanım, SSH)

“... hani bunların hepsine gerek yok deyince ister istemez anlıyorsun demek ki gerçekten hasta değil... Burada kalayım diyor. Rapor, izin vs. istemiyor. **Burada kalayım ama iş yapmayayım...**” (Hülya Hanım, SSH)

Melek Hanım “**İş yavaşlatıyor, işi bilmiyor gibi davranıyor.**” ve Ahmet Bey “... **iş yavaşlatabilir veya ben bunu bilmiyorum diyebilir...**” şeklindeki açıklamalarla iş yavaşlatma ve iş bilmiyor gibi davranmayı bir yöntem olarak izah etmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşılıyor ki temaruz davranışında çalışanın öncelikli olarak hastalığını beyan ettiği ve sonrasında iş hacminden çekildiği bir durum söz konusu olmaktadır.

4.5.1.4. Yüz Yüze İletişimden Kaçınma

Temaruz davranışı sergilenirken belirgin bir yöntem ise iletişim araçlarını kullanarak haber vermektir. Nitekim katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “arayarak haber verme” ve “mesajla haber verme” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik katılımcı ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

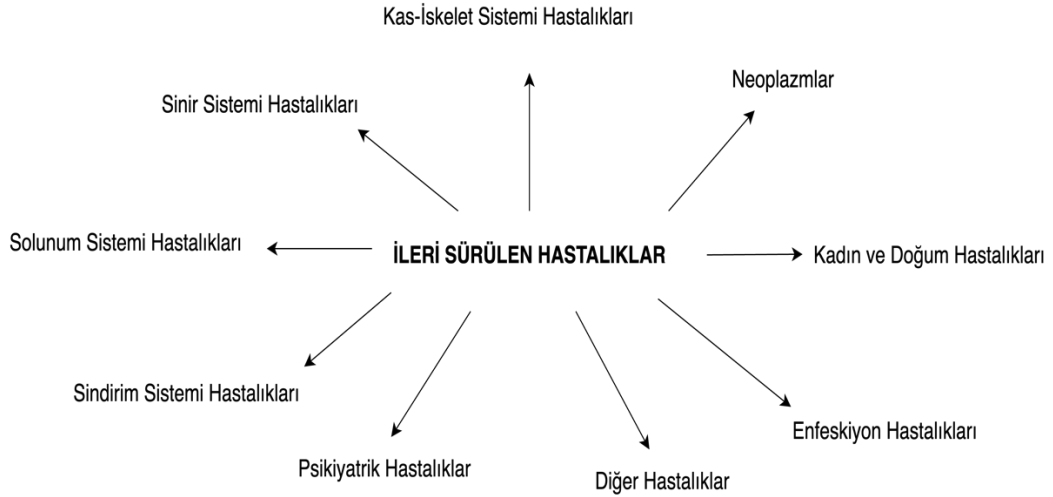
Meryem Hanım “... ya da mesela gelmeden **arıyor**...”, Hülya Hanım “Genelde ya burada ya da **telefonla arıyorlar**.”, Elif Hanım “Şöyle mesela **arıyorlar** ben rahatsızım diye gelemeyeceğim.” ve Ayşe Hanım “... beni **arıyor** mesela, ben bugün çok kötüyüm gelemem diyor.” şeklindeki ifadelerle arayarak haber verildiğini ortaya koymuşlardır.

Furkan Bey “... adam arıyor, söylüyor veya **bir mesaj atıyor**. İşte çok hastayım gibi bir **mesaj atıyor**, rapor alsam olur mu diye...” ve Sevim Hanım “Mesela direk telefonla muhatap oluyoruz **mesajla**. Hani konuşarak değil...” şeklindeki sözleriyle mesajla haber verildiğini dile getirmişlerdir.

Bu bağlamdaki ifadelere bakıldığında çalışanların yöneticilerine hasta olduklarını hastaneye gelmeyerek haber verdikleri bir yöntem bulunmaktadır.

4.5.2. Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıklar

Temaruz davranışının sergilenmesi noktasında katılımcılar bazı hastalıkları olduğunu ileri sürmüştür. İleri sürülen hastalıklar; “kas-iskelet sistemi hastalıkları”, “sindirim sistemi hastalıkları”, “solunum sistemi hastalıkları”, “sinir sistemi hastalıkları”, “psikiyatrik hastalıklar”, “neoplazmlar”, “enfeksiyon hastalıkları”, “kadın ve doğum hastalıkları” ve “diğer hastalıklar” olmak üzere 9 kategori altında toplanmıştır. Bunları ortaya koyan kavram haritası aşağıda yer almaktadır.



Şekil 22. Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıklara İlişkin Kavram Haritası

4.5.2.1. Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonrasında bu bağlamda; “ayak ağrısı”, “bacak ağrısı”, “bel ağrısı”, “bel fıtığı”, “bel tutulması”, “boyun fıtığı”, “boyun tutulması”, “miyalji”, “platin”, “kol uyuşukluğu” ve “sırt ağrısı” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair ifadelerle aşağıda yer almaktadır.

Yusuf Bey kas-iskelet sistemi hastalıklarından ayak ve bacak ağrısına “*Mesela ayak ağrısı, bacak ağrısı...*” şeklindeki sözleriyle değinmiştir. Kübra Hanım ise “... *boyun fıtığı ile yine çok karşılaşıyoruz.*” şeklindeki açıklamalarıyla boyun fıtığından bahsetmiştir. Yanı sıra Elif Hanım “... *benim kendi birimimde bir arkadaşım var. Sırtında bir platini var. Onu bahane ediyor. Yeni doğan dışında bir yerde çalışmak istemiyorum diyor.*” ifadeleriyle platinin ileri sürüldüğünü söylemiştir.

Emre Bey “... **kol uyuşukluğu** diyor...” açıklamalarıyla kol uyuşukluğunun, Elif Hanım “... **sırt ağrısı**...” ve Yusuf Bey “... **sırt ağrısı**...” sözleriyle sırt ağrısının ifade edildiğini söylemişlerdir.

Emre Bey “Taşınması gereken bir şey var mesela. **Bel ağrısı** diyor.”, Kübra Hanım “... **bel ağrısı** özellikle...”, Sevim Hanım “... **bel ağrısından** rapor almış.” ve Hacer Hanım “**Bel ağrısı** çok bahane ediliyor.” açıklamaları ile bel ağrısının ileri sürüldüğünü söylemişlerdir.

Kübra Hanım “... **bel fıtığı**...”, Melek Hanım “... **bel fıtığı** raporunu çıkarıp getiriyor...” ve Ayşe Hanım “... **bel fıtığı**...” sözleriyle bel fıtığının dile getirildiğini ortaya koymuşlardır. Ayşe Hanım “*Şöyle belim tutuldu gelemiyorum diyor.*” ve Burak Bey “... *Özellikle mesela bel tutulması...*” şeklindeki açıklamalarla bel tutulmasının ifade edildiğini ortaya koymuşlardır.

Katılımcılardan Aynur Hanım **Boynum tutuldu** deyip rapor aldı.” ve Burak Bey “... *ondan sonra boynum tutulması...*” sözleriyle boyun tutulmasının ileri sürüldüğünü izah etmişlerdir. Son olarak Ahmet Bey “*Çoğunlukla şey mesela miyalji derler. Kas ve eklem sistemi ağrısı. ...*” ve Sevim Hanım “... *en kolay ne miyalji...*” sözleriyle miyaljinin ifade edildiğinin üzerinde durmuşlardır.

4.5.2.2. Sindirim Sistemi Hastalıkları

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “böbrek ağrısı”, “bulantı”, “ishal”, “karın ağrısı”, “safra kesesi” ve “kusma” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Yağmur Hanım “*Genelde böbrek ağrısı...*” ifadeleriyle böbrek ağrısının, Leyla Hanım “... *bulantı...*” ve Murat Bey “... *mide bulantısı gibi...*” şeklindeki açıklamalarıyla mide bulantısının ileri sürüldüğünü söylemişlerdir.

Aynur Hanım “... *ishal, diyare...*” ve Leyla Hanım “... *ishal...*” sözleriyle ishalin; Elif Hanım “... *karın ağrısı...*”, Yağmur Hanım “*Ondan sonra karın ağrısı...*”, Fatih Bey “... *karın ağrısı...*” ve Yusuf Bey “... *karın ağrısı...*” ifadeleriyle karın ağrısının ileri sürüldüğünü ortaya koymuşlardır.

Yusuf Bey “*Neydi ya şöyle diyeyim. Hatırlamaya çalışıyorum geçen yıl oldu da. Safra ile alakalı bir şeydi.*” sözleriyle safra kesesi ile ilgili bir hastalığın; Leyla Hanım “... *kusma...*” ve Elif Hanım “... *kustuğunu söylüyor...*” ifadeleriyle kusmanın ileri sürüldüğünü belirtmişlerdir.

4.5.2.3. Solunum Sistemi Hastalıkları

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu bağlamda; “astım”, “üst solunum yolu hastalıkları” ve “alerji” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair katılımcıların açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir.

Sevim Hanım “... *astım...*” ve Murat Bey “... *astımın tuttu diyor...*” ifadeleriyle astımın; Burak Bey “... *alerjim var ...*” ifadesiyle alerjinin ileri sürüldüğünü dile getirmişlerdir.

Ayşe Hanım “... *üst yolunum hastalıkları...*”, Melek Hanım “... *üst solunum yolu enfeksiyonu. Gribal enfeksiyon, en çok bunlar.*”, Ahmet Bey “... *solunum yolu enfeksiyonu...*”, Elif Hanım “... *grip...*”; Furkan Bey “*Daha çok grip...*”, Burak Bey “... *grip mesela...*” ve Emre Bey “... *grip, nezle...*” ifadeleriyle üst solunum yolu hastalıklarının ileri sürüldüğü görülmektedir.

4.5.2.4. Sinir Sistemi Hastalıkları

Katılımcıların yaptıkları açıklamalardan hareketle bu noktada; “migren”, “baş ağrısı”, “bayılma” ve “nörolojik hastalıklar” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

Hacer Hanım “... *migren mesela...*” sözleriyle migrenin; Yağmur Hanım “... *baş ağrısı...*”, Fatih Bey “... *baş ağrısı...*”, Kübra Hanım “*Ee işte baş ağrısı...*”, Hülya Hanım “... *en çok baş ağrısı...*” ve Yusuf Bey “... *baş ağrısı...*” açıklamaları ile baş ağrısının ileri sürüldüğünü dile getirmişlerdir.

Aynur Hanım “Evde **bayıldım** diyen olmuştu.” ve Ahmet Bey “... *tip 1 diyabeti olan bir hemşire arkadaşımız vardı. İnsülin dozunu overdoz kullanıyordu ve bayılabiliyordu.*” şeklindeki açıklamalarıyla bayılmanın; Kübra Hanım “... *ya nörolojik hastalıklar da aslında çok karşılaştıklarımızdan.*” ifadeleriyle nörolojik hastalıkların ileri sürüldüğünü dile getirmişlerdir.

4.5.2.5. Psikiyatrik Hastalıklar

Katılımcıların yaptıkları açıklamalardan yola çıkıldığında bu bağlamda; “depresyon” ve “panik atak” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Sevim Hanım “... **depresyon** diyor...” ve Burak Bey “... **depresyona girdim ben...**” sözleriyle depresyonun; Hacer Hanım “... **panik atağım** var demişti biri...” ifadeleriyle panik atağın ileri sürüldüğünü beyan etmişlerdir.

4.5.2.6. Neoplazmlar

Yapılan açıklamalar ışığında bu bağlamda “akciğer nodülü” kodu oluşturulmuştur. Bu koda dair ifade aşağıda sunulmuştur.

“... **Akciğerde eğer hani bir nodülüm var, kanserim var diye** yöneticilerime bu şekilde iletirsem beni pandemi yoğun bakımlarında veya servislerinde kullanmazlar diye düşündü muhtemelen...” (Kübra Hanım, SSH)

4.5.2.7. Enfeksiyon Hastalıkları

Katılımcının açıklamalarından hareketle bu noktada “bulaşıcı hastalıklar” kodunu ortaya çıkarmıştır. Buna dair açıklamaya aşağıda yer verilmiştir.

“... **korona** oldum. Bulaşıcı bir şey...” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

4.5.2.8. Kadın ve Doğum Hastalıkları

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu bağlamda “kadınsal hastalıklar” kodu oluşturulmuştur. Bu koda dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

Aynur Hanım “... **adet ağrıları**...”, Fatih Bey “**İşte adet dönemiyle ilgili şeyler**...” ve Hülya Hanım “... **adet sancım** var...” sözleriyle kadınsal hastalıkların ileri sürüldüğünü ifade etmiştir.

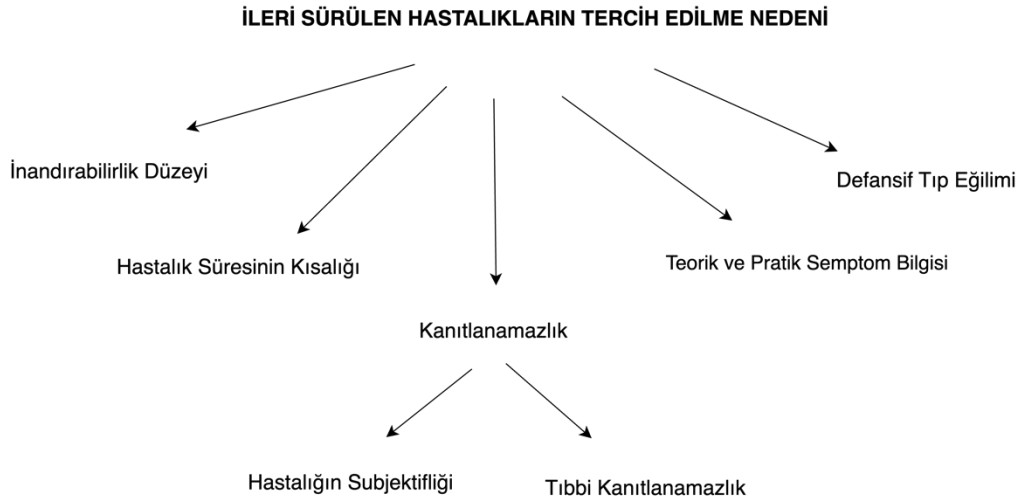
4.5.2.9. Diğer

Katılımcıların ifadelerinden yola çıkıldığında bu hususta; “akut hastalıklar”, “diş ağrısı”, “kulak ağrısı” ve “tansiyon düşüklüğü” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Leyla Hanım “... **akut hastalıklar** genelde...” ve Emre Bey “... **akut hastalıklar** mesela...” sözleriyle akut hastalıkların; Yağmur Hanım “... **diş ağrısı**...” ifadesiyle diş ağrısının; Hacer Hanım “... **kulak ağrısından** bahsediyor...” sözleriyle kulak ağrısının ve Aynur Hanım “Yani bahane edilen hastalık genelde **tansiyonum düşük.**” açıklamaları ile tansiyon düşüklüğünün ileri sürüldüğünü ortaya koymuşlardır.

4.5.3. Temaruz Davranışı Sergilenirken İleri Sürülen Hastalıkların Tercih Edilme Nedenleri

Temaruz davranışı sergilenirken ileri sürülen hastalıkların neden tercih edildiğini anlamak için sorulan soruya verilen cevaplar ölçüsünde; “*kanıtlanamazlık*”, “*hastalık süresinin kısalığı*”, “*inandırabilirlik düzeyi*”, “*teorik ve pratik semptom bilgisi*” ve “*defansif tıp eğilimi*” olmak üzere 5 kategori oluşmuştur. Buna yönelik unsurlar Şekil 23’te yer almaktadır.



Şekil 23. İleri Sürülen Hastalıkların Tercih Edilme Nedenlerine İlişkin Kavram Haritası

4.5.3.1. Kanıtlanamazlık

İleri sürülen hastalıklar; hasar bırakmaması veya değerlendirmenin öznel nitelik taşımasından ötürü tercih edilmektedir. Kanıtlanamazlık; “*hastalığın subjektifliği*” ve “*tıbbi kanıtlanamamazlık*” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

4.5.3.1.1. Hastalığın Subjektifliği

Hastalığın öznel nitelik taşıması değerlendirme şansını azaltmaktadır. Nitekim katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “ağrının kişiye özel olması”, “subjektif tanımlar olması”, “değerlendirme şansı olmaması” ve “söylenenlerin tespit edilememesi” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Şimdi şöyle idrar yolu enfeksiyonu idrar tahlillerine idrar kültürlerine bir şekilde bakarsın ama karnım ağrıyor diyen adama da yok senin karnın ağrımıyordur diyemiyorsun. Ağrı biraz kişisel bir şey.” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Tanılar daha subjektiftir, objektif değildir.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“... bunun karşılığında eee işte ateşine bakayım yok sen hasta mısın cidden diye belin mi tutuldu diyemeyeceğin şeyler genellikle bunlar. Onun için en çok başvuru olan şeyler bunlardır.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Emre Bey “... bu tarz hastalıklarda hastalığı değerlendiren hekim **geriye dönük olarak hastalığın olup olmadığını değerlendirme şansına sahip değildir.**” ve Fatih Bey “... **aslında değerlendirilmesin diye tercih ediliyor.**” şeklindeki açıklamalarıyla değerlendirme şansı olmaması hususuna değinmişlerdir.

Bu ifadeler gösteriyor ki sağlık çalışanları ileri sürdükleri hastalıkları kişisel bir değerlendirme içerdiği için tercih etmektedirler.

4.5.3.1.2. Tıbbi Kanıtlanamazlık

İleri sürülen hastalığın sonrasında değerlendirme yaparken tıbbi açıdan kanıtlanamaması ileri sürülen hastalıkların tercih edilmesine neden oluşturmaktadır. Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu noktada; “ağrının kanıtlanamaması”, “rapordaki hastalığın kanıtlanamaması”, “somut bir şey olmaması”, “kalıcı hasar bırakmaması”, “laboratuvar bulgusunun olmaması” ve “zor saptanması” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik ifadeler aşağıda yer verilmiştir.

“...üst solunum yollarından rapor aldım mesela. Bu rapor bir ay sonra hakem heyetine gidiyor. **Bir ay sonra hakem heyeti benim grip olmadığımı bana kanıtlayabilir mi? Bir ay sonra benim ağrım geçti...**” (Ayşe Hanım, SSH)

“Sen düştün mü hani düşmüşse ayağını gösterir işte kırığın var onu göster ama **miyaljide gösterecek hiçbir şey yok...**” (Sevim Hanım, SSH)

“Yani çok böyle ciddi bir **laboratuvar bulgusu bırakmaz** bu hastalıklar...” (Ahmet Bey, Başhekim)

“İşte halsizim, yorgunum, başım ağrıyor en çok baş ağrısı. **Bunların saptanması da zor...**” (Hülya Hanım, SSH)

Emre Bey “Mesela ben solunum yolları hastalığı geçirsem bu bir süre sonra geçer ve **test vs. gibi bir şeyde de çıkmaz**. Bu hastalıklar akuttur ve **kalıcı bir hasar bırakmaz** yani **sekeldir**.” ve Ahmet Bey “Yani geride çok böyle kronik şey bırakmaz.” şeklindeki açıklamalarla kalıcı hasar bırakmadığı için ileri sürülen hastalıkların tercih edildiğini beyan etmişlerdir.

Meryem Hanım “... **ağrıyı kanıtlamak da çok zor...**” ve Sevim Hanım “... diyorum ya **miyaljiyi sen nasıl kanıtlayacaksın...**” şeklindeki sözleriyle ağrının kanıtlanamadığı için tercih edildiğini beyan etmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki ileri sürülen hastalıkların daha sonrasında değerlendirilememesi tercih edilmesine neden olmaktadır.

4.5.3.2. Hastalık Süresinin Kısaldığı

İleri sürülen hastalıkların tercih edilmesinde hastalığın kısa sürede geçmesi yani geçici olması önemli bir unsurdur. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu hususta; “geçici olması”, “kronik hastalıkların tercih edilmemesi”, “hakem hastaneye gidene kadar geçmesi” ve “kısa sürede iyileşilmesi” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir.

“**Kronik hastalıklarda mesela ömür boyu devam ettiği için o topa girmezler. Bugün söyler yarın tekrar olur.**” (Leyla Hanım, SSH)

İleri sürülen hastalıklar geçici oldukları için tercih edilmektedir. Emre Bey “... öte yandan bu hastalıklar **akuttur. Bir süre sonra geçer.**”, Yağmur Hanım “... **başı ağrır geçer karnı ağrır geçer. Kolay şey olan bunlar...**” ve Leyla Hanım “... **belirtisi var ama geçici şeyler...**” şeklindeki açıklamalarıyla bu bağlamı ortaya koymuşlardır.

Emre Bey “**Dolayısıyla rapor verdikten sonra siz bunu hakem hastaneye gönderene kadar ki yasal süreçte rapor alan kimse tıbben iyileşmiştir.**”, Leyla Hanım

“... *heyete gidene kadar zaten geçiyor.*”, Elif Hanım “*Heyete gidene kadar iki ay geçiyor. İki ay içerisinde zaten iyileşmiş oluyor.*” ve Furkan Bey “... *boğazı ağrıyordur, sen onu sevk edene kadar iyileşir zaten...*” şeklindeki ifadelerle hakem hastaneye gidene kadar geçtiği için bu hastalıkların ileri sürüldüğünü ortaya koymuşlardır.

Kısa sürede geçmesi noktasında Ahmet Bey “*Daha çok hızlı şekilde geçen hadiseler olur.*” ve Furkan Bey “*3 gün 5 günde geçebilecek şeyler. Çünkü 3-5 gün sonra bu adam işe başlayacaktır ve bu adama sen hani griptin dersin eee iyileştin der. Hani belin ağrıyordu, iyileştin der.*” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Bu noktada ifadeler gösteriyor ki sağlık çalışanları temaruz davranışını sergilerken kısa sürede ve hızlı iyileşecek türden hastalıkları ileri sürmektedirler.

4.5.3.3. İnandırabilirlik Düzeyi

İleri sürülen hastalıkların tercih edilme nedenlerinden bir diğeri inandırabilirlik düzeyidir. Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu noktada; “hastalığın herkesin yaşabileceği hastalıklar olması”, “kolay inanılabilmesi” ve “ispat istenemeyecek hastalıklar olması” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“... *herkesin başı ağrır. Hayatında herkes bir kere böbrek ağrısı yaşamıştır. Bunlar hep olduğu için yani genel bilinen hani bunlar olmayan yoktur. Bunlar herkesin geçirebileceği hastalıklar...*” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

“... *yani ishali kalkıp gidip soramazsın bakayım gibisinden...*” (Aynur Hanım, SSH)

Kolay inanılabilmesi noktasında Burak Bey “... *eee çok kolay inanabileceğiniz şeyler genellikle bunlar. Onun için en çok başvuru olan şeyler bunlardır...*” ve Melek Hanım “... *en kolayı. Hemen de üst solunum yolları işte grip oldum, hastayım işte...*” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Bu ifadelerden anlaşılıyor ki ileri sürülen hastalıklar gerek herkesin yaşayabileceği hastalıklar olması gerekse aynı ortamda olunmaması nedenleriyle sağlık çalışanları tarafından ileri sürülmektedir.

4.5.3.4. Teorik ve Pratik Semptom Bilgisi

Sağlık çalışanlarının gerek mesleklerini icra ederken gerekse eğitim sürecinde hastalıklara dair bilgileri oluşmaktadır. Bu husustaki kodlar ise; “hastalığı tanınması”,

“hastalığın tedavisinde bulunması”, “raporlarda yazılacak hastalıkları bilmesi” ve “tedaviyi görmüş olması” şeklindedir. Bunlara yönelik açıklamaları aşağıda yer almaktadır.

“... hastalığın daha önce birebirde tedavisinde bulunduyorsa, onları gördüyse... eee şimdi apandis hastası eğer ayağını kaldır yere vur dediği zaman topuklarına ahhh burama bıçak saplanıyor dedi mi doktor hemen panik olur, ultrason çekelim der. Gören adam niye yapmasın ki o pozisyona girecek olan kişi zaten biliyordur bunları. Her bir şeyi en azından okulda biraz görmüş. Teoriğini görmese de iş hayatında çalışırken yaşamıştır yani.” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Fatih Bey “... ya bir önceki arkadaşına idrar yolu enfeksiyonu diye rapor vermişiz benim de akıntım var ya da idrar yaparken yanma var gibi şeyler söyler...” ve Leyla Hanım “**Genel olarak raporda hemoroid diye biliyorum. Çok fazla ileri sürülüyor.**” şeklindeki ifadelerle raporda yazılan hastalıklar bilindiğini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşılıyor ki sağlık çalışanlarının sahip oldukları mesleki bilgi gücü ileri sürdükleri hastalıkları tercih etmelerine neden olmaktadır.

4.5.3.5. Defansif Tıp Eğilimi

Temaruz davranışı sergilenirken kişilerin ileri sürdükleri hastalıkları tercih etme nedeni hekimin defansif eğilim göstermesidir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “hekimin ceza alma ihtimali olmayan hastalıklar” ve “hekimin rapora yazabileceği flu hastalıklar” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Şimdi her bölümün şeyi vardır kendince bir tricki vardır. Normalde sizden biri usulsüz rapor istediği vakit usulsüz raporu verdiğinizde şunun da farkındasınızdır, bu yaptığınız şey evet vatandaş tarafından usulsüz görülüyor edilmiyor ama aslında bir soruşturma olursa bununla alakalı bir cezai yaptırıma uğrayabileceğinizi düşünürsünüz.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“... doktorla ilgili olabilir. Raporu yazabilecek doktor yani...” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere sonrasında oluşacak sonuçlara karşı hekimler belli hastalıkları tercih etmektedirler.

4.5.4. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Kalıplar

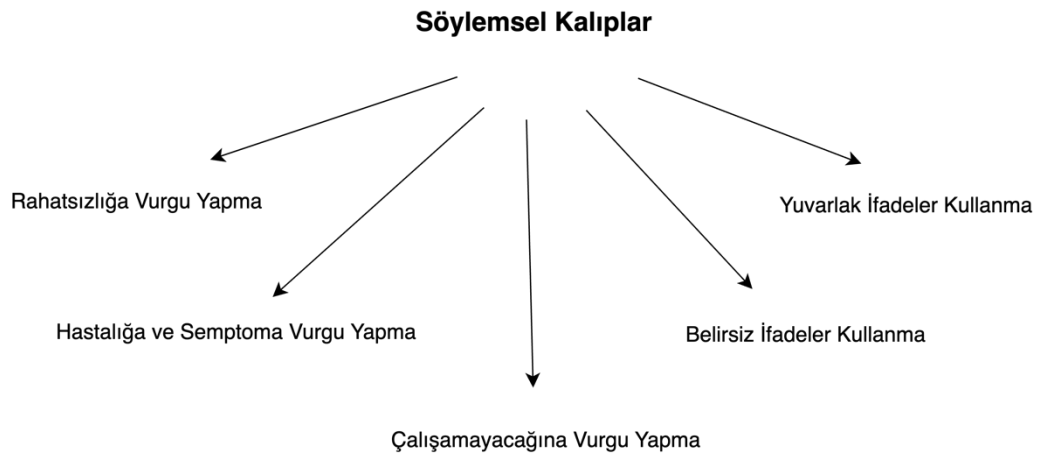
Temaruz davranışının sergilenirken kişilerin ifade ettikleri sözler, beden dili ve belirli hareketler önem arz etmektedir. Nitekim bu bağlamda katılımcılara davranış sergilenirken ortaya çıkan kalıplar sorulmuş ve “*söylemsel kalıplar*” ve “*davranışsal kalıplar*” olmak üzere 2 tema oluşmuştur. Buna yönelik kavram haritası Şekil 24’te gösterilmiştir.



Şekil 24. Temaruz Davranışı Sergilenirken Kullanılan Kalıplara İlişkin Kavram Haritası

4.5.4.1. Söylemsel Kalıplar

Temaruz davranışı sergilenirken kişinin kullandığı ifadeler önem arz eden bir unsurdur. Buradan hareketle söylemsel unsurlara dair ifadeler; “*rahatsızlığa vurgu yapma*”, “*hastalığa ve semptomla vurgu yapma*”, “*çalışamayacağına vurgu yapma*”, “*yuvarlak ifadeler kullanma*” ve “*belirsiz ifadeler kullanma*” şeklinde beş kategoriye ayrılmıştır. Bunlar aşağıdaki kavram haritasında verilmiştir.



Şekil 25. Söylemsel Kalıplara İlişkin Kavram Haritası

4.5.4.1.1. Rahatsızlığa Vurgu Yapma

Davranış sergilenirken kullanılan söylemsel ifadelerle bakıldığında rahatsızlığa vurgu yapan ifadeler olduğu görülmüştür. Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu hususta; “ağrım var”, “ayağa kalkacak halim yok”, “çok hastayım”, “çok kötüyüm”, “çok rahatsızım”, “çok uykusuzum”, “iyi değilim”, “kalkamıyorum”, “kendimi iyi hissetmiyorum”, “kırgınım”, “kolumu kaldıramıyorum”, “ölüyorum” ve “yorgunum” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Meryem Hanım “... *hani dizim ağrıyor diyor...*”, Hülya Hanım “... *başım ağrıyor...*”, Yusuf Bey “... *başım ağrıyor, kolum çok ağrıyor, ayağım çok ağrıyor...*”, Yağmur Hanım “*Şimdi biraz başım ağrıyor...*”, Hacer Hanım “... *boğazım ağrıyor, her yerim ağrıyor...*”, Elif Hanım “... *bugün sırtım çok ağrıyor ya da işte karnım ağrıyor.*” ve Burak Bey “... *işte sürekli oram buram ağrıyor diyordu.*” ifadeleriyle ağrım var dendiğini dile getirmiştir.

Furkan Bey “... *ayağa kalkacak halim yok gibi.*” sözleriyle kullanılan ifadeyi dile getirmiştir.

Emre Bey “*Tarif ederken diyor ki ayağımı yere koyunca sanki canım çıkıyor.*”, Meryem Hanım “... *diyor ki işte falanca yerim ağrıyor, çok kötüyüm.*” ve Hülya Hanım “*Bazısı da eve gitmek için ay ben kendimi çok kötü hissediyorum eve gitsem falan. Gözlerimi açamıyorum.*” sözleriyle çok kötü olunduğunun ifade edildiği ortaya koymuştur.

Melek Hanım “*Çok hastayım...*”, Murat Bey “... *türlü bahaneler işte ben çok hastayım...*”, Ahmet Bey “*Çok hastayım.*” ve Furkan Bey “... *işte çok hastayım rapor alsam...*” sözleriyle çok hasta olunduğunun; Hülya Hanım “*Ben çok rahatsızım...*” ve Ayşe Hanım “... *ben çok ciddi rahatsızım...*” sözleriyle rahatsız olunduğunun dile getirildiğini açıklamışlardır.

Hülya Hanım “*Ben bugün çok uykusuzum...*” ve Emre Bey “... *ya da sabaha kadar ateşlendim hiç uyuyamadım diyor.*” sözleriyle çok uykusuz olunduğunun; Murat Bey “... *bugün iyi değilim diyor.*” ve Hülya Hanım “*Ben bugün hiç iyi değilim.*” sözleriyle hiç iyi olunmadığının söylendiğini ifade etmişlerdir.

Hülya Hanım “... kendimi *iyi hissetmiyorum* falan diyor.” şeklindeki açıklamalarıyla iyi hissedilmediğinin; Aynur Hanım “... *kırgınım, yorgunum.*” sözleriyle kırıgın ve yorgun olunduğının kendilerine söylendiğini ortaya koymuşlardır.

Ahmet Bey “*Kolumu kaldıracak halim yok.*” ve Emre Bey “... *kolumu kaldıramıyorum* diye izin istiyor kimisi.”; Melek Hanım “... *ölüyorum* abla.” ve Yusuf Bey “*Mesela ölüyorum, bitiyorum diyor...*” sözleriyle kendilerine ifade edilen unsurları dile getirmişlerdir.

Bu noktadaki ifadelere bakıldığında kullanılan ifadelerin genel geçer ve sübjektif olduğu anlaşılmaktadır.

4.5.4.1.2. Hastalığa ve Semptoma Vurgu Yapma

Temaruz davranışı sergilenirken aynı zamanda ileri sürülen hastalıkların belirtileri ve hastalığın kendisi üzerinden ifadeler tercih edilmektedir. Nitekim katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “akıntım var”, “alerjim var”, “astımım tuttu”, “ateşim var”, “başım dönüyor”, “belim tutuldu”, “belimde fitik var”, “boynum tutuldu”, “bulantım var”, “çok ağır gribim”, “engelim var”, “geceden beri kusuyorum”, “migrenim tuttu”, “öksürmem tuttu”, “sancım var”, “psikolojik problemlerim var”, “şuramı incittim”, “tansiyonum düştü”, “tedavi görüyorum” ve “yatışım var” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

Fatih Bey “... biraz da alttan *akıntım var* diyebiliyorlar bize branşla ilgili.” sözleriyle akıntının; Burak Bey “... şuna *alerjim var çalışmam gibi...*” ifadeleriyle alerjinin kendilerine söylendiğini beyan etmişlerdir.

Murat Bey “*Ben astımım diyor.*” ve Sevim Hanım “... ya da ne diyeyim *alerjik bronşiti var kişinin mesela işte astım şeyim tuttu diyor.*” sözleriyle astımın; Elif Hanım “... *geceden beri, ateşim var...*”, Furkan Bey “*Ateşim var falan.*”, Burak Bey “... *ateşim var, hastayım yatıyorum.*”, Emre Bey “... sabaha kadar *ateşlendim diyor.*” ve Aynur Hanım “*İyi değilim işte geceleri uyuyamıyorum ateşim çıkıyor falan dedi.*” sözleriyle ateşe yönelik ifadeler kullandığını dile getirmişlerdir.

Hülya Hanım “*Yani mesela birkaç kere başım çok dönüyor falan tansiyonuna bakıyoruz normal.*” sözleriyle baş dönmesinin; Ayşe Hanım “*Belim tutuldu*

gelemiyorum diyor.” ve Burak Bey “özellikle mesela **belim tutuldu** denmişti.” ifadeleriyle bel tutulmasının kendilerine söylendiğini ifade etmişlerdir.

Ahmet Bey “Mesela bizim bir çalışan arkadaşımız **belimde fıtık var** dedi.” sözleriyle bel fıtığının; Aynur Hanım “... **boynum tutuldu** deyip rapor aldı.” ve Burak Bey “... **boynum tutuldu** diyor.” şeklindeki açıklamalarıyla bel tutulmasının kendilerine söylendiğini dile getirmişlerdir.

Elif Hanım “Genelde dediğim gibi **bulantım var** gibi...” ve Murat Bey “... **ambulansa çıkınca midem bulanıyor** gibi.” sözleriyle bulantının; Furkan Bey “Şöyleyim, böyleyim **çok ağır grip** oldum.” ve Burak Bey “Ondan sonra **çok ağır bir grip geçiriyorum**...” şeklindeki açıklamalarla gribin kendilerine söylendiğini dile getirmişlerdir.

Melek Hanım “... işte gidip heyetten rapor alıyor işte ben hastayım, **engelim var.**” sözleriyle engelinin olduğunun; Aynur Hanım “Kimdi geçen sene evde **iki kere bayılmış mı bir kere bayıldım** demişti.” ifadeleriyle bayılmanın kendilerine söylendiğini ifade etmişlerdir.

Elif Hanım “... **kusuyorum sürekli gecedan beri.**” sözleriyle kusmanın; Hacer Hanım “Migren mesela **migrenim tuttu** diye...” şeklindeki açıklamalarla migrenin ve Sevim Hanım “**Öksürüğüm tuttu** işte falan...” ifadeleriyle öksürmenin kendilerine söylendiğini ortaya koymuşlardır.

Aynur Hanım “İşte ondan sonra yine **psikolojik problemlerim var** diyen oldu.” sözleriyle psikolojik problemlerin; Hülya Hanım “Mesela arıyor beni diyor ki **adet sancım var** kanamam çok fazla yataktan kalkamıyorum.” şeklindeki açıklamalarla adet sancısının kendilerine ifade edildiğini beyan etmişlerdir.

Meryem Hanım “Düştüm **şuramı incittim** diyor.” sözleriyle incinmenin, Aynur Hanım “**Tansiyonum düştü** deyip gidiyor.” açıklamalarıyla tansiyon düşüklüğünün ve Melek Hanım “...**yatışım var** diyor. **Tedavi görüyorum** diyor.” şeklindeki açıklamalarla tansiyon düşüklüğü ve yatışım olduğunun kendilerine söylendiğini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki sağlık çalışanları belirli bir hastalığa vurgu yapan ifadeleri tercih etmektedirler.

4.5.4.1.3. Çalışamayacağına Vurgu Yapma

Temaruz davranışı sergileyenler, ileri sürdükleri hastalıklar nedeniyle çalışamayacağını niteleyen ifadeleri tercih etmektedir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu bağlamda; “başka birimde çalışamam”, “bu şekilde hizmet veremem”, “hastayım çalışamayacağım”, “hastayım yapamıyorum”, “hasta kaldıramıyorum”, “ishalim gelemeyeceğim”, “iş göremiyorum”, “nöbet tutamam” ve “nöbete gelemeyeceğim” kodları oluşturulmuştur. Katılımcıların bunlara dair ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Elif Hanım “*Platini olan bir arkadaşım var. **Yeni doğan dışında bir yerde çalışmak istemiyorum diyor.***”; Hülya Hanım “*Ben bugün hiç iyi değilim. **İşte bu şekilde hastalara hizmet vermek istemem. Onu da hemen öne atıyorlar.***” ifadeleriyle kendilerine söylenenleri belirtmişlerdir.

Ali Bey “*Mesela **hastayım çalışamam...***” ve Yağmur Hanım “*... bir gün gelirdi böbreğim ağrıyor derdi. Bir gün geliyordu **ayy bir şey yapamayacağım...***”; Aynur Hanım “*... **ben yapamıyorum hastayım** diyip gidenler tabii ki oluyor.*” sözleriyle temaruz davranışına dair gözlemlerini ortaya koymuşlardır.

Ahmet Bey “*Mesela bizim bir çalışan arkadaşımız belimde fıtık var dedi işte **hasta kaldırıp indirmeyi beceremiyorum dedi.***”; Aynur Hanım “*... **ishalim gelemeyeceğim** gibisinden demişti.*” ifadeleriyle kendilerine ifade edilenleri dile getirmişlerdir.

Melek Hanım “*Bel fıtığı raporunu çıkarıp getiriyor, **ben iş göremem diyor.***”; Hacer Hanım “*Panik atağım var **nöbet tutamam.***” ve Leyla Hanım “*Diyor ki mesela **ben çok kötüyüm acile de gidemiyorum, evden çıkamıyorum. Nöbete gelemeyeceğim.***” sözleriyle temaruz davranışına dair gözlemlerini dile getirmişlerdir.

Açıklamalardan anlaşıyor ki sağlık çalışanları temaruz davranışını sergilerken hastalıklarına vurgu yaparak işe yönelik performans göstermeyeceklerini belirtmişlerdir.

4.5.4.1.4. Belirsiz İfadeler Kullanma

Hasta olmadığı halde hasta gibi davranırken kişilerin belirsiz ifadeler kullandıkları görülmüştür. Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu bağlamda; “gel gitli konuşma” ve “açık uçlu konuşma” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Sevim Hanım “*Eee işte babam aradı, annem aradı konuştuk işte ağladım ondan sonra hani **gel gitlerle** annem biraz rahatsızlanmış. İşte ona üzıldüm falan filan. Eee senin ne hastalığın var, raporun nereden? Öyle... yani **gel gitli konuşmalar** şey **yani ucu açık**”* sözleriyle gel gitli konuşulduğunu ve ucu açık bir üslup sergilendiğini ortaya koymuştur.

Bu noktadaki ifadelerden anlaşılıyor ki temaruz davranışı sergilenirken sağlık çalışanları belirsiz ifadeler kullanmaktadırlar.

4.5.4.1.5. Yuvarlak İfadeler Kullanma

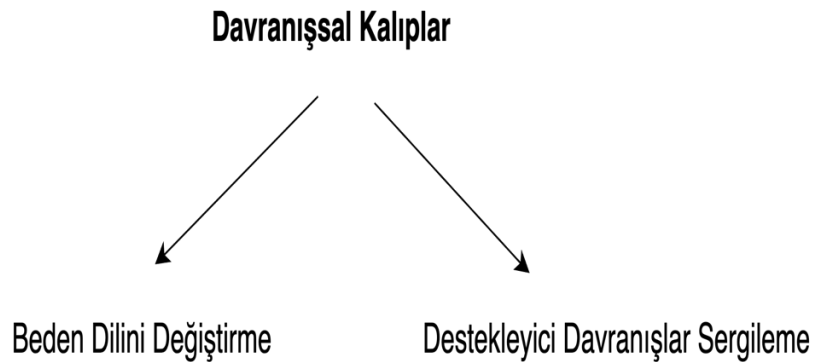
Temaruz davranışı sergilenirken insanların yuvarlak ifadeler kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “ık mıklı konuşma”, “öff pöff” ve “ahh uhh” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Sevim Hanım “*İşte **ık mıklı** böyle abla hım, şöyle abla hımm falan böyle. Hani söz bulamıyor.*”; Hülya Hanım “*... **öff, pöff**...*” ve Burak Bey “*... **ah uhh** vs. gibi...*” sözleriyle kullanılan ifadelerden bahsetmişlerdir.

Bu ifadeler gösteriyor ki sağlık çalışanları temaruz davranışını sergilerken yuvarlak ifadelere başvurmaktadırlar.

4.5.4.2. Davranışsal Kalıplar

Temaruz davranışının dikkat çeken bir yanı ise kişilerin davranışsal olarak sergilediği tavır ve tutumlardır. Bu unsur “*beden dilini değiştirme*” ve “*rol yapma*” şeklinde ikiye ayrılmıştır. Buna yönelik kavram haritası Şekil 26’da verilmiştir.



Şekil 26. Davranışsal Kalıplara İlişkin Kavram Haritası

4.5.4.2.1. Beden Dilini Değiştirme

Temaruz davranışı sergilenirken beden dili değişiklik göstermektedir. Bu noktadaki kodlar ise; “değişik davranışlar sergileme”, “ellerini parmaklarının arasına geçirme”, “fevri hareketler sergileme”, “gözlerini kaçırma” ve “önüne bakma” şeklindedir. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Hülya Hanım “... buraya gelip böyle **bir o tarafa bir bu tarafa yattıyordu.** Burada ay hastayım diye **ayılıp bayılanlar** oluyor yalan yere.”, Ayşe Hanım “Ya hasta değil ama **bedenen kendini sağa sola yalpalayanlar** var...” , Yağmur Hanım “.... Bir bakarsın **yanını yununu tutar.**” ve Aynur Hanım “... geliyor burada **ayılıp bayılıyorlar.**” sözleriyle değişik davranışlar sergilendiğini ifade etmişlerdir.

Sevim Hanım “**Önüne bakıyor ya da böyle ellerini imm parmaklarının arasından geçiriyor...**”; Aynur Hanım “... böyle zaten belli de ediyor kendini bu insanlar. **Göz kaçırmaları olsun, ne bileyim fevri hareketleri olsun.**” ve Sevim Hanım “Şey böyle hani öyle tam net demeyim de **çok göz teması kurmaz.**” ifadeleriyle sergilenen davranışları ortaya koymuşlardır.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere sağlık çalışanları bu davranışı sergilerken beden dilleri değişmekte ve kimi zaman kendileri ele veren hareketler sergilemektedirler.

4.5.4.2.2. Destekleyici Davranışlar Sergileme

Temaruz davranışı sergileyenlerin muhataplarına sahip olmadıkları hastalıkları varmış gibi gösterebilmeleri için rol yapmaları gerekmektedir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “ağrıyı destekleyen mimikler kullanma”, “beden diliyle destekleme”, “belirli hareketleri kullanma”, “sızlanma”, “yüzüne acı ifadesi takınma”, “ağrısı var gibi davranma”, “ayağını yerde sürüme”, “elini beline götürme”, “aksayarak yürüme”, “hasta maskesi takınma”, “incinmeyen eli kullanma”, “karnını tutma”, “oturup kalkarken zorlanma”, “rahat oturamıyor gibi davranma”, “yürürken zorlanma”, “boğazına tutma”, “öksürme”, “kısıık ses tonu ile konuşma” ve “kötü bir ses tonu ile konuşma” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

Burak Bey “Onun haricinde yine **ağrılı bir durumda olduğunu belli eden ufak tefek mimikler kullanıyor.**”; Hacer Hanım “**Kendini destekleyecek beden dili kullanmaya çalışıyor arkadaşlar. Çünkü onlar ikna etmek için zaten kendini destekleme ihtiyacı duyuyor.**” Sözleriyle davranış sergilenirken kullanılan kalıpları ortaya koymuşlardır.

Emre Bey “Ancak kimisi kliniğini de biliyor. Kol uyuşukluğu diyor. Hekim anlayamaz bunu. **Belirli hareketleri söylüyor.**”; Aynur Hanım “... **sızlanma, çok fazla şikâyet etme. Hastalığından, iddia ettiği hastalığından.**” ifadeleriyle davranış anındaki sergilenen tavırların üzerinde durmuşlardır.

Fatih Bey “İşte öyle **ağrısı varmış gibi davranıyor. İşte böyle yüzünde acı ifadesi oluyor.**”; Yusuf Bey “Ayağım ağrıyor diyor mesela. **Bir ayağını yerde sürüyor.**” sözleriyle sergilenen davranışların üzerinde durmuşlardır.

Hacer Hanım “Mesela **belim ağrıyor dediğinde eli muhakkak belindedir.**”; Meryem Hanım “Dizim ağrıyor diyor **aksayarak yürüyor mesela.**” ve Elif Hanım “Karnı ağrıyorsa şu şekilde (**karnını tuttu**). Böyle yüzüne bir **hasta maskesi takıyor.**” ifadeleriyle davranışın sergilenmesine yönelik unsurları ortaya koymuşlardır.

Ayşe Hanım “.... **öksürmediği halde zorla kendini öksürtenler var.**”, Melek Hanım “... ya da **öksürüyor yalandan.**” ve Aynur Hanım “... **öhö öhö öksürerek hastayım, kırgınım, yorgunum diyor.**” ifadeleriyle sergilenen davranış üzerinde durmuştur.

Burak Bey “**Elini incittiye telefonu tutarken öbür ele alma gibi yapabiliyorlar yani.**”; Hacer Hanım “Mesela belim ağrıyor diyorsa **oturup kalkarken zorlanma gibi sanki rahat oturamıyormuş gibi davranır.**” sözleriyle davranışın sergilendiği anı ifade etmişlerdir.

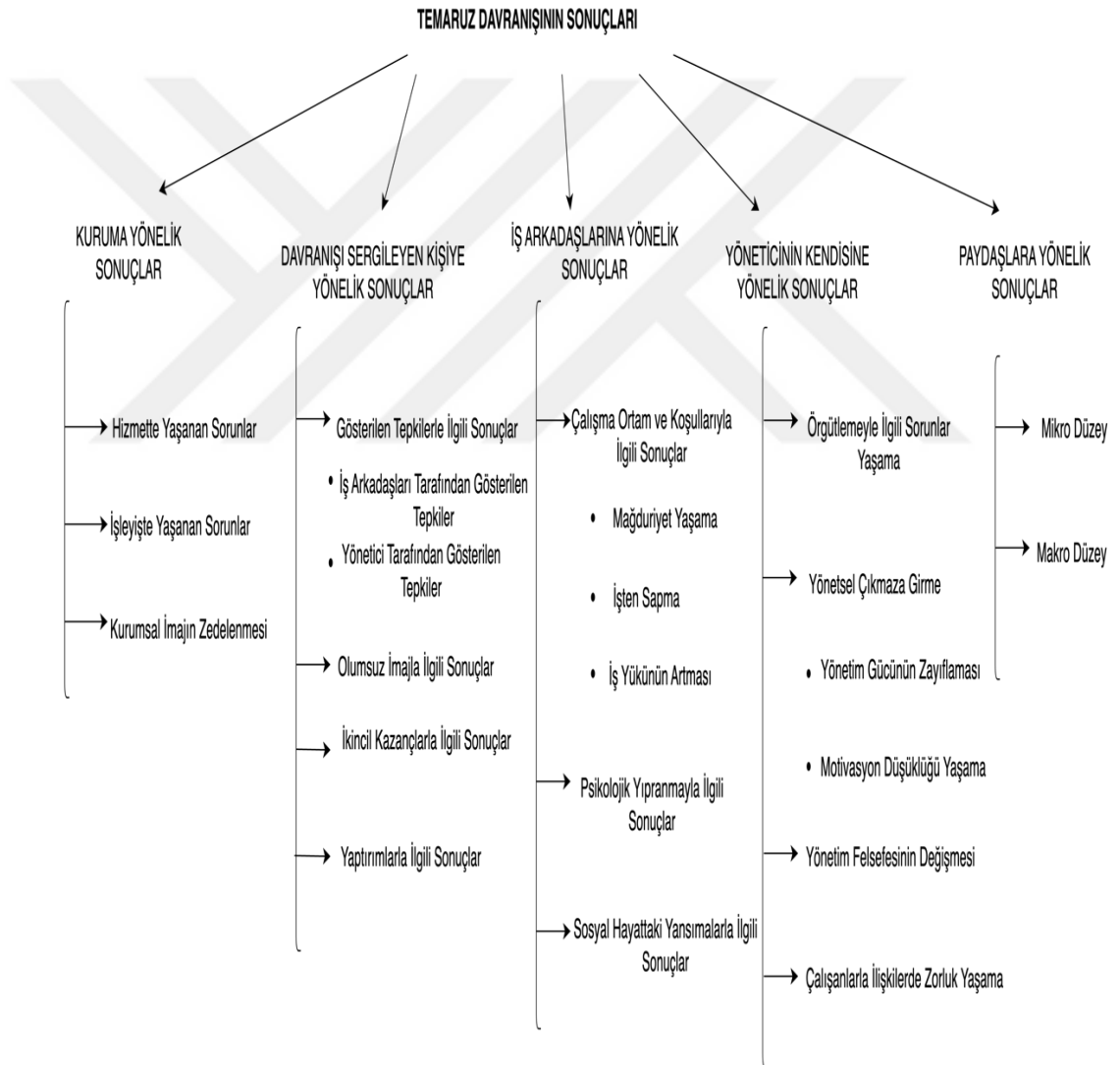
Yusuf Bey “Mesela ayağım ağrıyor diyor **sekerek gidiyor.**”; Hacer Hanım “İşte boğaz ağrım var dediğinde **elini boğazına götürür.**”; Burak Bey “**Ses tonu genellikle çok kötü olur. Böyle hatta kısık sesle konuşan olmuştum daha doğrusu ağır bir grip ve soğuk algınlığı geçiriyordum diyen biri vardı.**” ifadeleriyle sergilenen davranışa dair bir tablo ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki açıklamalar gösteriyor ki sağlık çalışanları gerçekte kendilerinde olmayan bir hastalığı ortaya koymak için hastalığın semptomlarını göstererek bazı

destekleyici unsurlardan yararlanmakta ve özellikle temaruz davranışı serginirken bunları tercih edilmektedirler.

4.6. TEMARUZ DAVRANIŞININ SONUÇLARINA İLİŞKİN BULGULAR

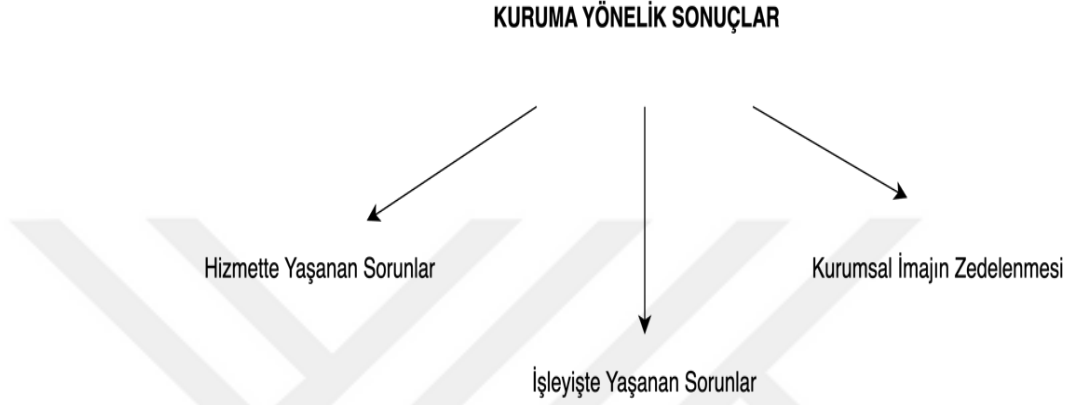
Temaruz davranışının sonuçlarına yönelik soruya verilen cevaplar; “kuruma yönelik sonuçlar”, “davranışı sergileyen kişiye yönelik sonuçlar”, “iş arkadaşlarına yönelik sonuçlar”, “yöneticiye yönelik sonuçlar” ve “paydaşlara yönelik sonuçlar” şeklinde 5 tema altında ele alınmıştır. Bunlar aşağıdaki kavram haritasında verilmiştir.



Şekil 27. Temaruz Davranışının Sonuçlarına İlişkin Kavram Haritası

4.6.1. Kuruma Yönelik Sonuçlar

Temaruz davranışından etkilenen bir unsur olarak kurumun kendisinden bahsetmek mümkündür. Bu açıdan kuruma yönelik sonuçlar; “*hizmet sunumunda yaşanan sorunlar*”, “*işleyişte yaşanan sorunlar*” ve “*kurum imajının zedelenmesi*” şeklinde 3 kategoride toplanmıştır. Bunlar Şekil 28’de gösterilmiştir.



Şekil 28. Kuruma Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası

4.6.1.1. Hizmet Sunumunda Yaşanan Sorunlar

Temaruz davranışı neticesinde hizmet sunumunda sorunlar meydana gelmektedir. Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu hususta; “etkin hizmet vermeme”, “hizmetlerde aksaklık”, “personel istememe”, kalitenin düşmesi” ve “iş gücü kaybı” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Sağlık hizmetini çok etkin verilmez. Halbuki bizde sağlık çalışanları etkin ve verimli sağlık hizmeti sunması gerekir.” (Hakan Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“O yüzden mesela ekstra eleman talebinde bulunmuyorlar artık bizden. Gelip çalışmıyorlar diye almıyorlar bizden. Destek istemiyorlar.” (Elif Hanım, SSH)

“İster istemez çalışma kalitesini düşürüyor.” (Kübra Hanım, SSH)

Murat Bey “*İş gücü kaybına yol açıyor.*”; Ahmet Bey “*Bununla alakalı en büyük şey iş gücü kaybı.*” ve Emre Bey “*Temaruz iş gücü kaybına neden olur ve bu da hastaneye yansır.*” sözleriyle temaruz davranışının iş gücü kaybına neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Temaruz davranışı hizmetlerde aksaklığa neden olmaktadır. Buna dair Kübra Hanım “**İster istemez işine dosyana evrakına bir şekilde yansıyor ve bu dosya evrak eksikleri vs. olur.**”, Emre Bey “**Hizmet sağlıyoruz ve bir noktada bu nedenle hizmetlerde aksama oluyor.**”, Meryem Hanım “**Eee şöyle işleyişte aksaklıklar olur.**”, Hakan Bey “**... kurum bu tür şeylere maruz kalırsa işleyiş aksar.**”, Burak Bey “**Verilen işleri yapmıyordu. Yapmadığı halde niye yapmıyorsun dediğimiz zaman da bir ton bahane çıkarıyordu. O bölümde artık işler işlemez hale gelmişti. Bazen laboratuvardaki sonuçlar mesela bir gün iki gün içerisinde sonuç vermeniz gerekiyor, onlar yetişmeyebiliyor.**” ve Ahmet Bey “**Onun haricinde işlerin aksaması. Hizmetlerin yeterince verilememesi. Şöyle düşünün 100 kişiye temizleteceğiniz yeri siz 10 kişiye temizletmek zorunda kalıyorsunuz sonuçta.**” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu açıklamalar gösteriyor ki sağlık çalışanlarının temaruz davranışı hizmet sunumunda bazı sorunlar meydana getirmektedir.

4.6.1.2. İşleyişte Yaşanan Sorunlar

Temaruz davranışı neticesinde işleyişte sorunlar meydana gelmektedir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “ekonomik sorunlar”, “huzurun bozulması”, “herkesin etkilenmesi”, “suiistimallerin örnek alınması”, “rapor sayılarının artması” ve “şiddet” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Kurum için mali kayıp bu. Yani kuruma ekonomik yük.” (Melek Hanım, SSH)

“Yani kuruma yönelik etkileri hasta numarası yapıp rapor alıyorlar.” (Hülya Hanım, SSH)

“Bu da şiddete neden olabilir. Kan almada 10 kişi çalışması gerekirken 4 olunca kavga, gürültüye neden olabiliyor bu durum.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Bizim cildiye de bir asistan arkadaşımız vardı, üniversiteden de sınıf arkadaşım. Cildiye asistanlığı yaptığı dönemde altına asistan olarak başka bir asistan doktor hanım başlıyor. İşte sonra doktor hanımla beraber çalışıyorlar ediyorlar. Bizde asistanlık dönemi başlayacağı yani ilgili klinikteki asistan arkadaşları ararsın sorarsın, mobbinge uğruyor musun, burası iyi mi, bir sıkıntı var mı, bir sıkıntıyla karşılaşıyor musun gibi. Bizim arkadaş da şey yapıyor, işte bayan arkadaşına diyor ki, bak diyor eğer ki altına bayan gelirse onlar da şey yapar, doğum falan yaparlar, doğum sonrası izin falan kullanırlar, iş ikimize sırtına kalır. Bayanlar aradığı vakit

olumlu konuşma bizimki öyle bir şey söylüyor. Kız diyor ki, gelsinler onlar doğum yaparsa ben de doğum yaparım. Bunu çok kaba olmasına rağmen şundan dolayı anlattım. Bir iş yerinde birileri bir şeyi suiistimal etmeye başladığı vakit bu yaygınlaşıyor.” (Ahmet Bey, Başhekim)

Melek Hanım “... ve arada **huzursuzluk. Birim huzursuzluğu.**” ve Burak Bey “**Çalışma huzuru bozulur bir süre sonra.**” şeklindeki açıklamalarla huzurun bozulduğunu dile getirmişlerdir.

Ayşe Hanım “*Birinin bir aksaklığı bir güvensizliği bir yalanı, bir **problemi herkesi etkiliyor bir kişiyi etkilemiyor ki.***” sözleriyle temaruz davranışından herkesin etkilendiğini izah etmiştir. Leyla Hanım da “**Herkesi etkiler aslında.**” ifadeleriyle bu bağlamı desteklemiştir.

Bu açıklamalara göre sağlık çalışanlarının temaruz davranışı kurumun işleyişinde aksaklıklar ve sorunlar meydana getirmektedir.

4.6.1.3. Kurum İmajının Zedelenmesi

Temaruz davranışı aynı zamanda kurum imajına zarar vermektedir. Bu noktadaki kodlar ise; “kötü imaj oluşması”, “kuruma karşı güvensizlik” ve “kurumun kötülenmesi” şeklindedir. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Ya da kuruma karşı güven eksikliği oluşur.” (Melek Hanım, Başhemşire)

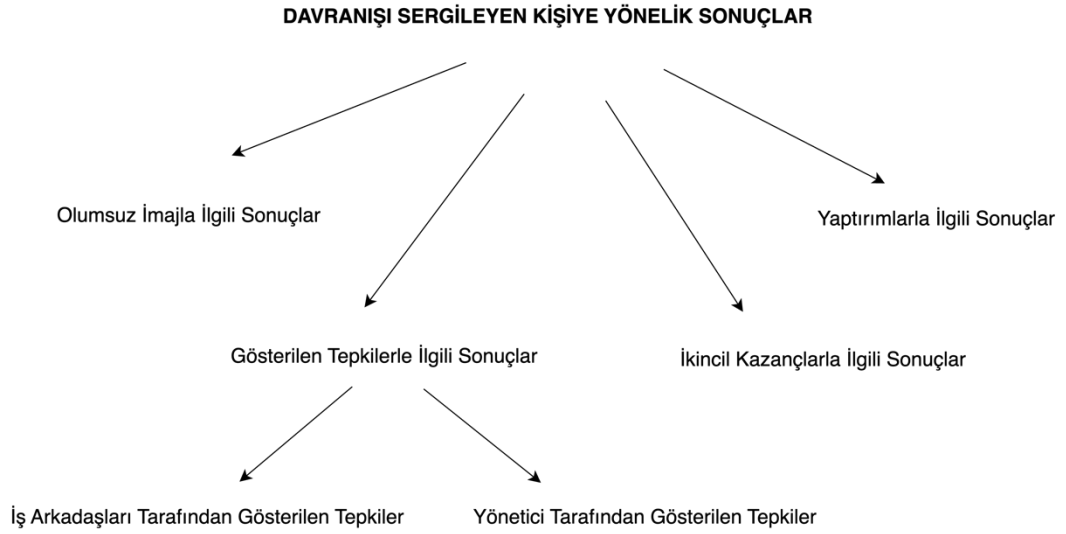
*“Kendi işleyişini devam ettirirken bu zorluğu anlamayan insanlar tarafından bir şekilde **kötülenir.**” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)*

Hacer Hanım “*Bize bakanlık denetiminden gelindiğinde mesela ilk bakanlıktan gelen beyefendinin bir tanesi bana şey dedi, çalıştığınız hastaneyi arkadaşlarınıza önerir misiniz, dedim hayır önermem.*” ve Hakan Bey “**Bu dışarıya kötü lanse edilir. Kurumun adı kötü anılır. Bu kurum ondan sonra tercih edilmemeye başlar.**” şeklindeki açıklamalarla kuruma yönelik kötü imaj oluştuğunu dile getirmişlerdir.

Bu ifadelere bakıldığında sağlık çalışanlarının temaruz davranışı neticesinde hizmet sunumunda yaşanan sorunlardan ötürü kurumun imajının zedelendiği anlaşılmaktadır.

4.6.2. Davranışı Sergileyen Kişiye Yönelik Sonuçlar

Davranışı sergileyen kişiye yönelik sonuçlar; “*gösterilen tepkilerle ilgili*”, “*olumsuz imajla ilgili*”, “*ikincil kazançlarla ilgili*” ve “*yaptırımlarla ilgili*” şeklinde 4 kategoride toplanmıştır. Bunlar aşağıdaki kavram haritasında verilmiştir.



Şekil 29. Davranışı Sergileyen Kişiye Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası

4.6.2.1. Gösterilen Tepkilerle İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı fark edildiğinde kişiler etraftan birtakım tepkiler almaktadır. Buna yönelik unsurlar “iş arkadaşları tarafından gösterilen tepkiler” ve “yöneticiler tarafından gösterilen tepkiler” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

4.6.2.1.1. İş Arkadaşları Tarafından Gösterilen Tepkiler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “arkasından konuşma”, “birimde istenmeme”, “katı davranışlar görme”, “araya mesafe koyma”, “mimlenme”, “sıcak karşılanmama”, “şikâyet edilme” ve “tepkilerle karşılaşma” kodları oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“Boynu tutulan arkadaş döndüğünde mesela **herkes çok sıcak karşılamadı** açıkçası.” (Aynur Hanım, SSH)*

*“Çünkü **diğer arkadaşlar sıkıntı yaşadığı zaman yukarıya gidiyor.**” (Kübra Hanım, SSH)*

*“Ben kaç kere bir arkadaşla yapma diye görüştüm çağırdım. Arkadaşımız her birimde çalışmıştır. **Çünkü artık kimse istemiyor çalışmasını kendi biriminde.**” (Melek Hanım, SSH)*

Leyla Hanım “**Kendi aramızda bunu konuşuyoruz. Rapor alıyorsa neyin var, sürekli neden rapor aldın gibi.**” ve Aynur Hanım “**Konuşuluyor da arkasından...**” şeklindeki açıklamalarla temaruz davranışı sergileyenin arkasından konuşulduğunu belirtmişlerdir.

Temaruz davranışı sergileyenle araya mesafe koyulduğunu Ali Bey “*Nasıl söyleyeyim sadece **mesafe koyma diyelim birebirde ama çok nadir ve bazı bazı oluyor. Yani bazı kişiler arasında veya çalıştığı birimde olur mesafe koyma...***” şeklindeki açıklamalarıyla ifade etmiştir.

Aynur Hanım “*Bunu rutin haline getiren kişiler artık **mimleniyor**, sürekli rapor alıyor gibisinden.*” ve Leyla Hanım “*O kişiler bir yerden sonra **mimleniyor zaten anlaşılıyor.***” sözleriyle temaruz davranışına başvuranın mimlendiğini ifade etmişlerdir.

Temaruz davranışı sergileyen kişi arkadaşları tarafından tepkiler almaktadır. Bu unsuru Leyla Hanım “*İnsan artık sürekli hale getirdiyse ve herkes de bunun farkındaysa **tepki alıyor artık. Arkadaşları onun isteklerini çok fazla uymuyor. Biz söylemeye başlarız niye sürekli sen diye.***”, Hacer Hanım “*Sen sağlık okurken bu işin nasıl yapıldığını bilmiyor muydun dedik.*”, Melek Hanım “*İster istemez **tepki gösteriyorlar...***” ve Burak Bey “*Bir tepki oluşacaktır, oluşması da normaldir diğerlerinden.*” şeklinde açıklamalarla ifade etmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki sağlık çalışanlarının temaruz davranışı fark edildiğinde iş arkadaşları tarafından tepkiler almaktadırlar.

4.6.2.1.2. Yönetici Tarafından Gösterilen Tepkiler

Katılımcıların açıklamalarından yola çıkıldığında bu noktada; “anladığını belirtme”, “mimlenme”, “işlerini zorlaştırma”, “idarenin kızması”, “sorun çıkarma”, “yöneticiyle sorunlar yaşama” ve “tehdit” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara ilişkin açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“Kendisine yönelik bu anlaşıldığı an idare tarafından **mimleniyor.**” (Murat Bey, Başhekim)*

*“Bir de her zaman **bir sıkıntı çıkarıyorum ufaktan.**” (Aynur Hanım, SSH)*

*“Aslında o anlattığım olayın üzerinden 1.5 sene geçti daha yeni yeni kızla şu an muhatap oluyorum. **Kötü davrandım mı davranırım.**” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“Elimden zor aldılar. **Seni atarım buradan falan dedim.**” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“**Bu sefer her işi zorlaştırılıyor. Yani yönetici kendi işini çözenlere karşı imtiyazlı oluyor. Daha imtiyaz gösteriyor, veriyor. Bu hareketi sergileyenlere karşı daha rijit oluyorsun.**” (Murat Bey, Başhekim)*

Sevim Hanım “*Yani idare de öyle bir kızdı laf söyledi.*” ve Fatih Bey “*Ben çok köpürdüm ya kızdım.*” şeklindeki açıklamalarla temaruz davranışını sergileyene idare tarafından kızıldığını beyan etmişlerdir.

Yöneticiler temaruzu fark ettiklerinde sergileyen kişiye anladıklarını belirtmişlerdir. Nitekim bu bağlamı Yusuf Bey “*Anladığımı belirtmeye çalışıyorum yani...*”, Aynur Hanım “*Yani şöyle geçmiş olsun diyorum ve sonunda en azından o cümleyi söylüyorum. Gerek yoktu diyorum. Mesela bu yakın zamanda rapor alan işte kötüyüm, hastayım deyip makyajla gelen bir arkadaşımız vardı burada. Ben sonradan dedim yani senin böyle bir haftalık bir rapor alacak bir durumun yok gibi duruyor, makyajla geldiysen iyisindir diye düşünüyorum demiştim. Sonra biraz alınmıştı ama ... yani ona son olarak bir tepkimi uygun bir dille ifade etmiştim.*”, Sevim Hanım “*Mesela ben pazartesi dedim bizi çok zor durumda bıraktın ablacım dedim neden böyle yaptın cuma günü çok iyidim, çok şeydin.*” ve Elif Hanım “*Ben bunu diyorum mesela yaptığın şey yanlış diyorum. Hakka giriyorsun diyorum ama buradan girip buradan çıkıyor.*” şeklindeki ifadelerle ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki açıklamalardan anlaşıldığı üzere yöneticiler davranışı fark ettiklerinde sağlık çalışanına yönelik bir tepki ortaya koymaktadır.

4.6.2.2. Olumsuz İmajla İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı sonucunda sergileyen kimseye yönelik olumsuz imaj oluşmaktadır. Bu bağlamdaki kodlar ise; “abartarak konuşan biri olarak görülme”, “helal para kazanmadığını düşünme”, “güven duymama” ve “özsaygısını kaybetme” şeklindedir. Bunlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Özel hayatında dahi paylaştığı şeylerle ilgili herkes birbirine o zaten biraz işte abartmayı seviyor gibi bir algı oluştu.” (Kübra Hanım, SSH)

“Yani kurumsal anlamda da kendi saygısını özsaygısını kaybetmişti yani artık.” (Kübra Hanım, SSH)

Temaruz davranışı sergileyenlerin helal para kazanmadıklarını düşünülmektedir. Bu unsuru Yağmur Hanım “*Bizim inanç deyimimizde de kendi deyimimizde de aldığı kazanç helal olmaz.*” ve Ayşe Hanım “*Sonuçta sen buraya belli bir ücret karşılığında hemşire olarak geliyorsun ama amacım gerçekten ekmeğimin hakkını verip de helal kazanmak.*” şeklindeki ifadelerle ortaya koymuşlardır.

Meryem Hanım “*Bir senin benim değil ki diğer arkadaşların da güveni kalmıyor.*”, Kübra Hanım “*Hem saygınlığı hem sözüne güvenilirliğini hepsini kaybetti yani bizim açımızdan. Yani normal bir zamanda bile hani hiçbir problem yokken bile. Yabancı çoban hikayesi gibi gerçek lafına inanılmıyor.*”, Aynur Hanım “*Ya bir derdi sıkıntısı gerçekten olduğunda bu sefer bana inandırıcı gelmiyor.*”, Hacer Hanım “*İnandırıcılığını tamamen kaybeder hepimizin gözünde.*” ve Murat Bey “*Sanki her işi sabote etmeye çalışıyormuş gibi bir izlenim oluyor.*” şeklindeki açıklamalarla temaruz davranışı sergileyene güven duyulmadığını dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere sağlık çalışanlarının temaruz davranışı neticesinde kendilerine olan güven sarsılmakta ve artık söylediklerine şüpheyile yaklaşılmaktadır.

4.6.2.3. İkincil Kazançlarla İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı sergileyenler ikincil kazançlara erişmek için bu davranışı sergilemektedir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu bağlamda; “hasta statüsü kazanma”, “mutlu hissetme”, “pozitif bir etki”, “risksiz yerlere görevlendirme”, “sıkıntı yaşamama”, “tartışmaların uzamaması”, “tepki verilmemesi”, “üzerine gidilmemesi” ve “geçici tepkiler verilmesi” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

“Keyfi aldığı biliniyorsa sonra öyle bir konuma geliyor ki sonra gerçekten hastaymış gibi oluyor.” (Elif Hanım, SSH)

“Pozitif yani adam gelmiyor işe. Yatıyor, dinleniyor sabaha kadar. Ailesiyle vakit geçiriyor.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Yani mesela keyfi rapor aldığını biliyor arkadaşlar ama çok fazla bir sıkıntı yaşamıyorlar.” (Elif Hanım, SSH)

“Hani daha da üzerine gidemiyorsun.” (Sevim Hanım, SSH)

“Geçici oluyor yani çok birbirimizle içli dışlı olduğumuz için. Çok şey yapmıyoruz. Onun dışında bir hafta iki hafta sürüyor yani. Düzeliyor aramız bir şekilde. Şöyle mesela biz burada ailemizden çok birbirimizi gördüğümüz için bir yerden sonra artık şey yapamıyorsun hani o huzursuzluğu devam ettiremiyorsun. Dediğim gibi sürekli olursa o zaman bir tepki olur da bir iki defa olduğu için çok bir şey olmuyor.” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Elif Hanım “*Gidip acilde falan çalıştı sonra geldi. Bu eleman çalışmıyor dendi bana, benle alakası yok, kişiyle alakalı çalıştıramıyorlar. Ne oluyor acilde o zaman triyajda dursun. Çalıştırılmadığı zaman da riskli bölümlere gönderilmiyor.*” ve

Aynur Hanım “**Bazen de iş yükünün az olduğu yerlere verme var ama o kişiler de işte ee başhemşirenin yetemediği insanları araya sokuyorlar ondan dolayı.**” şeklindeki ifadelerle temaruz davranışı sergileyenlerin risksiz yere görevlendirildiğini beyan etmişlerdir.

Furkan Bey “**Hiçbir şey olmuyor. O davranış fark edildiğinde diğeri ben de alacağım diyor.**” sözleriyle temaruz davranışı sergileyene tepki gösterilmediğini dile getirmiştir. Elif Hanım da “**Sen bunu aldın ben senin yerine işe geldim demiyor. Onun tartışması yaşıyor ama çok uzun süre olmuyor ama.**” Şeklindeki açıklamalarla bu bağlamı desteklemiştir.

Yusuf Bey “... **mutlu hissediyor kendisini.**” ve Ahmet Bey “**Huzurlu yani mevcut konumundan gayet mutlu çünkü iş yapmıyor, şey yapmıyor, oturuyor sabahdan akşama kadar.**” şeklindeki ifadelerle temaruz davranışı sergileyenin mutlu olduğunu ortaya koymuşlardır.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere sağlık çalışanlarının temaruz davranışının üzerine gidilmediği takdirde ikincil kazançlara erişildiği görülmektedir.

4.6.2.4. Yaptırımlarla İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı sergileyen kişi bazı yaptırımlara uğramaktadır. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “ceza verilmesi”, “hakem hastaneye gitme”, “işlem görme”, “kişiyle konuşma”, “mesaiyi tamamlatma”, “soruşturma geçirme”, “uyarılma” ve “yer değişikliği yapma” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Buna ceza olarak idare bak o zamanki sistem vs. yöneticiler ee şey yaptılar, işte acilde bir iki nöbet vermeye çalıştılar. Sonrasında bu nöbeti kabul etmedi. Ona da zor koştı. Sonrasında buna ceza olarak her gün saat üçte mesai olduğu sürece işte hastaneyi servisleri geziyordu. Hasta yakınlarıyla ilgili işte iletişim vs. konuşmalar işte genel hastane bilgilendirmesi yapıyordu her gün bir saat kadar mesai saatleri içerisinde. Onu öyle bir şey verdiler artık ders mi diyeyim size ee bir ceza mı diyeyim öyle bir şey sundular, her gün bir ay boyunca onu yaptırıldılar.” (Sevim Hanım, SSH)

“Sürekli rapor alıyor gerçekten yani bir yere göndersem arkasından hemen rapor geliyor. Kardeşim yıllık iznin var tamam, raporlar o kadar çok ki çıkarsam belki de hastanede en çok rapor alan kişi odur. O kişi hakkında dilekçem de var. Şef dilekçem var o kişi çok rapor aldığı için birimler sıkıntıya girmiştir diye ama bir şey de yapılmadı.” (Melek Hanım, Başhemşire)

*“Ama tabii ki arkasında herhangi bir dayanak tutanak evrak olmadığı için gerçekten böyle bir şey olduğuna dair yine **yapması gereken mesai saatine o alanlarda çalışarak tamamladı.**” (Kübra Hanım, SSH)*

*“**Sonrasında biz soruşturma başlattık ettik.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“**Sürülüyor. Aslında adı sürülme ama kendisi bunu algılamıyor.**” (Melek Hanım, Başhemşire)*

Temaruz davranışı sergileyenlerin hakem heyetine gönderildiğini Leyla Hanım “... en fazla **hakem heyetine yolluyorlar.**”, Ahmet Bey “**Raporların değerlendirilmesi için hakem hastaneye göndermeye başladık.**”, Emre Bey “**Hastane, bu personelleri hakem hastaneye gönderdi.**”, Meryem Hanım “**Yönetim de bundan şikayetçi olduğu için zaten sürekli hakeme gönderiyor.**” ve Melek Hanım “**Gönderirken diyorum, bak kardeşim ben seni gönderiyorum rapor gönderme bana ve kaç defa hakem heyetine gitmiştir.**” şeklindeki açıklamalarla ortaya koymuşlardır.

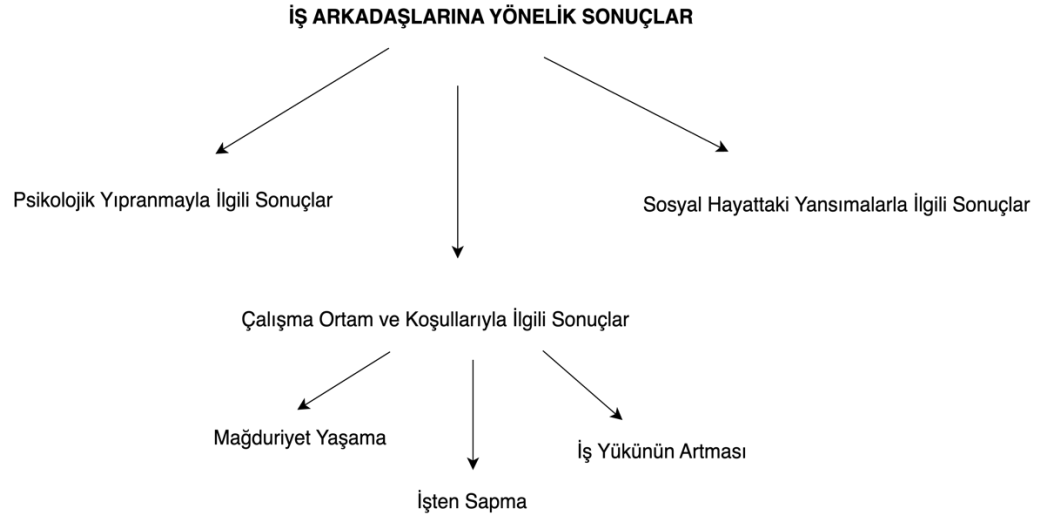
Temaruz davranışı sergileyenlere davranışlarına dair konuşmalar yapılmıştır. Bu bağlamı Aynur Hanım “**Bir dahaki gelişinde en azından biraıcık daha uyarı anlamında biz söyleyeceğimizi söyledik.**”, Leyla Hanım “**Aslında konuşuyorsun kişi ile.**” ve Burak Bey “**Yani günlerce haftalarca konuştuğumu biliyorum.**” sözleriyle dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışı neticesinde kişiler uyarılmıştır. Yusuf Bey “**Biz de tabii ki şey yapıyoruz yani uyarıyoruz personeli...**”, Yağmur Hanım “**Orada bir sürü iş varken sen burada niye oturuyorsun gibi olur. Uyarılır yani.**” ve Furkan Bey “**Hastayım diyor festivalden çıkıyor işte konserde buluyoruz. Tabii onları da çok fazla eleştirmiyoruz ama uyarıyoruz.**” şeklindeki açıklamalarıyla bu noktaya değinmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışı sergileyene yönelik bazı yaptırımlar uygulanmaktadır.

4.6.3. İş Arkadaşlarına Yönelik Sonuçlar

Temaruz davranışının iş arkadaşlarına yönelik sonuçları “**çalışma ortam ve koşullarıyla ilgili sonuçlar**”, “**psikolojik yıpranmayla ilgili sonuçlar**” ve “**sosyal hayattaki yansımalarla ilgili sonuçlar**” şeklinde 3 kategoride toplanmıştır. Bunlara yönelik unsurlar Şekil 30’da gösterilmiştir.



Şekil 30. İş Arkadaşlarına Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası

4.6.3.1. Çalışma Ortam ve Koşullarıyla İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı kişinin çalıştığı ortama ve koşullara yönelik bazı sonuçlar meydana getirmektedir. Bu unsura yönelik cevaplar “*mağduriyet yaşama*”, “*işten sapma*” ve “*iş yükünün artması*” şeklinde üçe ayrılmıştır.

4.6.3.1.1. Mağduriyet Yaşama

Temaruz davranışı sergilenmesi halinde iş arkadaşlarının yaşadıkları mağduriyetler ön plana çıkmaktadır. Bu noktadaki kodlar ise; “bir süre idare etme”, “gerçek raporun sorgulanması”, “mesai saatlerine müdahale edilmesi”, “mağduriyet yaşama”, “sıkıntı çekme”, “ortada bırakılma” ve “sorunları çözmeye çalışma” şeklindedir. Bu kodlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“Biz burada **absorbe ediyoruz** bu sorunları.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Ee tek başına **tüm ekibin mesai saatlerine ekstra müdahale etmiş oluyor.**” (Kübra Hanım, SSH)*

*“**Bir anda ortada bırakıyorlar.**” (Aynur Hanım, SSH)*

Hacer Hanım “**Belli bir süre idare ettik yani.**” ve Ayşe Hanım “**İşler yürüsün diye idare ediyorduk yani.**” şeklindeki ifadelerle temaruz davranışı sergileyenleri bir süre idare ettiklerini dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışı yaygınlaştıkça raporlar sorgulanmaya başlamış ve gerçekten raporlar alanlar sorunlar yaşamışlardır. Ahmet Bey “**Rapor alan herkesi hakem hastaneye yolladık. Hasta olan insanlar da gitmek zorunda kaldı.**” ve Emre

Bey “**Rapor alan herkesi rutin olarak gönderdi.**” sözleriyle bu noktaya dikkat çekmişlerdir.

Temaruz davranışından kaynaklı iş arkadaşları mağdur olmuşlardır. Ayle Hanım “**Çünkü o an gelebilecek kimse olmayabiliyor, yoğunluğumuz olabiliyor, sirkülasyon çok ciddi derecede olabiliyor ve onunla çalışan kişi mağduriyet yaşıyor bu süreçte. En büyük mağduriyeti onunla çalışan kişi yaşıyor.**” sözleriyle bu noktaya değinmiştir.

Ayşe Hanım “**Hastalık üzerinden rapor alıyor mesela bildiğin servis olarak çöküşe girebiliyoruz çünkü o an gelebilecek kimse olmayabiliyor.**”, Leyla Hanım “**Diğerleri de sıkıntıya giriyor.**” ve Melek Hanım “**Çalıştığı birim sıkıntıya girer.**” şeklindeki ifadelerle temaruz davranışından kaynaklı iş arkadaşlarının sıkıntı çektilerini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki sağlık çalışanlarının temaruz davranışı neticesinde ekip arkadaşları mağduriyetler yaşamaktadırlar.

4.6.3.1.2. İşten Sapma

Çalışma ortamında bir kişinin temaruz davranışı sergilemesi neticesinde diğer kişiler işten saptırmaktadırlar. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu noktada; “çalışma kalitesinin düşmesi”, “gönüllü çalışmayı istememe”, “örnek olma”, “kendi servisinde çalışmak isteme”, “adapte olamama”, “çalışma performansının etkilenmesi”, “iş bitirme isteği” ve “meslekten soğuma” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“İster istemez **çalışma kalitesini düşürüyor.** Her anlamda bizim için çok büyük dezavantaj. Ekip anlamında da çalışma arkadaşları anlamında da...” (Kübra Hanım, SSH)*

*“**Kimse mecbur değilse eğer mesai olarak bir yaptırımı yoksa artık kimse bir şey yapmak istemiyor.** Mesela biz şey bunca yıl ben normalde ee mesai saatleri dışında bile acilden arardılar, gelebilir misin diye. Ben iş mesai saat nöbet mefhumu olmadan koşardım ama şu anda asla yani asla arasalar kılımı kıpırdatmam. Bu noktaya getirdiler.” (Hacer Hanım, SSH)*

*“Şimdi destek de istiyorsun vermiyorlar, o adam da niye versin ki **kendi elemanı kendi servisinde çalışmak ister.** Seninki keyfi bir rapor alıyor diye yoğun olduğumuz bir dönemdi bir de.” (Aynur Hanım, SSH)*

*“O an servisten ayarlayacak kimse yoksa dış servislerden birini göndermek zorunda buraya. **İşte başhemşirelik diyelim gelen kişi ne kadar buraya***

adapte olabilir? Çünkü az çok herkesin çalıştığı yerde bir profesyonelleşme durumu var.” (Aynur Hanım, SSH)

“Meslekten soğumaya sebep olabilir.” (Melek Hanım, Başhemşire)

“Ama tabii biz onunla devamlı iş yerinde muhatap olduğumuz için bu bizim sahadaki her türlü performansımızı olumsuz etkiliyor.” (Hacer Hanım, SSH)

“Mesai saatlerinin artmasında hemşire ister istemez sabrı azalıyor, yorgunluktan ötürü bir an önce şu işi yapayım bitsin gibi en basitinden yani hani hastaya bir ilaç uygulaması yaparken atıyorum iğne yaptığı takdirde pamukla bastırmak yerine eldivenli nasıl olsa elim elimle bastırayım geçeyim gibi bir kafalara bile girilebilir.” (Kübra Hanım, SSH)

Temaruz davranışının sergilenmesi neticesinde iş arkadaşları bu davranışı örnek almaktadırlar. Yusuf Bey “**Örnek alıyor tabii ki. Hiç kimse iyiyi örnek almaz ki kötüyü örnek alır.**”, Murat Bey “**İster istemez arkadaşlarından da aynı şekilde davranmayı seçenler oluyor.**”, Burak Bey “**Ne yapabilir örnek olabilir bir de.**”, Meryem Hanım “**Ya da o arkadaş sürekli rapor alıyor sürekli izin alıyor ben de alacağım.**”, Melek Hanım “**Sürekli yapanlar var ve birbirlerini örnek gösteriyorlar.**”, Hülya Hanım “**Kötü örnek oluyor. Mesela ben o kişinin yanına çömez yeni atanmış birini versem hani o görüyorsa onu yaptığı hareketleri ona da örnek oluyor.**” ve Sevim Hanım “**Başka servisten arkadaşlar oluyor ya insanlar duyuyor mesela şurada a servisinde bu kişi şey yapmış örnek alabiliyor onu.**” sözleriyle bu noktaya yönelik açıklamalar yapmışlardır.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere sağlık çalışanlarının temaruz davranışı neticesinde ekip arkadaşları gerek bu davranışı örnek almakta gerekse kendi iş yapma tarzlarını değiştirmektedirler.

4.6.3.1.3. İş Yükünün Artması

Temaruz davranışının sergilenmesi neticesinde diğer arkadaşları daha fazla çalışmak zorunda kalmaktadır. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “daha fazla gayret sarfetme”, “ekstra iş yükü”, “iş yoğunluğunun artması”, “nöbetlerin başkasına yazılması” ve “nöbetten çıkıp nöbete gelme” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik katılımcı ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“İşte temaruza maruz bıraktığında ee ekipte iş yoğunluğu artar.” (Kübra Hanım, SSH)

“... nöbetten çıkıp ertesi gün 24’e gelmek zorunda kalıyor.” (Sevim Hanım, SSH)

Ali Bey “Bir kişi iki işi birden yapıyor, **daha çok gayret sarf ediyor.**”, Fatih Bey “**Bir personelin çalışması gerekenden daha fazla çalışmasına neden olur.**” ve “**Diğerleri sürekli çalışmak zorunda kalıyor onun yerine.**” sözleriyle diğer çalışma arkadaşlarının daha fazla gayret sarfettiklerini ortaya koymuşlardır.

Temaruz davranışı sonucunda diğer çalışma arkadaşları ekstra iş yüküne katlanmak zorunda kalmaktadır. Bu noktaya dair Emre Bey “**Diğerlerine iş yükü biner. Bir işi üç kişi yaparken iki kişiye düşünce iş yükü %50 artar.**”, Kübra Hanım “... diğer çalışanlar üzerinde **iş yükünün artmasına neden olur.**”, Melek Hanım “Fazla mesai veriyorsun diğer insanlara fazla çalıştırmak için. Çünkü siz yoksanız ben daha fazla çalışırım. Benim normalde 40 saat çalışmam gerek sen olmayınca ben 80 saat çalışıyorum. Kurum bunu ücret olarak ödemek zorunda. Kuruma ekonomik yük. **Diğer arkadaşlara iş yükü.**”, Hülya Hanım “Ee bu da yanındakine **iş yükü oluyor.**” ve Elif Hanım “Bir yandan da **iş yükünü ağırlaştırmış oluyor.**” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Bir kimsenin temaruza başvurması halinde tutması gereken nöbetler diğer arkadaşlarına yazılmaktadır. Bu bağlama dair Kübra Hanım “**Her elemanın birer nöbet de olsun artmasına neden olur. Çünkü gelmediği rapor aldığı alanda olmadığı her an onun yerine çalışması için bir başkası çağrılıyor çünkü.**”, Fatih Bey “**Diğer bir arkadaşı düşününden üç gün önce nöbete gelmek zorunda kaldı. Yine başka bir örnek vereyim. Mesela önceki çalıştığım yerde diğer o nöbet tutan iki kişi bir ay döndü dediğim ablalarım 60-65 yaşındaydı neredeyse.**”, Melek Hanım “**Yani o kişiye orda nöbetten çektiğin zaman başka birini nöbete koymak gerek.**”, Elif Hanım “**Bugünkü nöbetini birine yazmışımdır yarınki nöbetini diğer hemşireye yazmışımdır.**” ve Ali Bey “**Onun yerine nöbete geliyor arkadaşlar...**” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışı neticesinde ekip arkadaşları daha fazla iş yükünü sırtlanmaktadır.

4.6.3.2. Psikolojik Yıpranmayla İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı neticesinde ekip arkadaşları psikolojik olarak yıpranmaktadır. Bu hususa dair kodlar ise; “çalışanlarının modunun düşmesi”, “sabrın tükenmesi”, “kullanıldığını düşünme”, “motivasyon düşüklüğü yaşama”, “mutsuz olma”, “ortama olumsuz etki” ve “tükenme” şeklindedir. Bunlara yönelik katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

*“Çalışanların da aslında **bütün modunu enerjisini düşürüyor**. Gayet güzel geçireceğim bir mesaim ya da nöbetim onun mesela bir iki yanlış davranışı ya da demoralize edecek davranışı ile çok kötü geçmiş oluyor.” (Hacer Hanım, SSH)*

*“Mesai saatlerinin artmasında hemşire ister istemez **sabrı azalıyor** yorgunluktan...” (Kübra Hanım, SSH)*

*“**Şey oluyor, neden çalışayım ben kullanılıyorum**. Aptal yerine konuyorum oluyor.” (Hacer Hanım, SSH)*

*“**Mutsuzluk ortaya çıkıyor**.” (Melek Hanım, Başhemşire)*

Hülya Hanım *“Yani her türlü **olumsuz etkiliyor**.”* ve Hacer Hanım *“Bulunduğu ortamı kesinlikle **olumsuz yönde etkiliyor**.”* sözleriyle olumsuz anlamda etkiye neden olduğunu ifade etmişlerdir.

Hakan Bey *“Kişinin **motivasyonu düştüğü için...**”* ve Kübra Hanım *“Ekstra hani gelmeyenine yerine çağrılan eleman tabii ki **motivasyon olarak da düşüyor**.”* açıklamalarıyla motivasyon düşüklüğü yaşandığını dile getirmişlerdir.

Hacer Hanım *“Bu bir örnek değil yıllarca yaşanmış başka şeyler de var. Onlar da **bizi tüketti** bu anlamda.”*, Hakan Bey *“Bu ekstra iş yükü ee personeli **yıpratır**.”* ve Melek Hanım *“**İnsanları yıldırıyor**.”* açıklamalarıyla temaruzun tükenmişliğe sebebiyet verdiğini ifade etmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışı neticesinde ekip arkadaşları gerek işlerine karşı gerekse kendi duygusal dünyalarında bazı değişimler yaşamaktadırlar.

4.6.3.3. Sosyal Hayattaki Aksamalarla İlgili Sonuçlar

Temaruz davranışı neticesinde iş arkadaşlarının sosyal hayatında aksamalar meydana gelmektedir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “hayat kalitesinin düşmesi”, “sosyal hayatın etkilenmesi” ve “tatilden erken dönme” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalarına aşağıda yer verilmiştir.

*“**Hayat kalitemiz her anlamda düşüyor**.” (Hacer Hanım, SSH)*

“Yıllık izin önceden alınıyor ve o kişi onun yüzünden erken dönmek zorunda kalıyor.” (Sevim Hanım, SSH)

Kübra Hanım *“**Çünkü sosyal hayatı olan belli bir nöbet listesi var ve sosyal hayatlarını insanlar o listeye göre düzenliyor**”, Leyla Hanım *“**Çünkü çok kişinin planı değişiyor**. Diğer arkadaşın bir planı var bir anda çıkıp nöbete gelmek zorunda kalıyor.”*, Elif Hanım *“Arkadaşlar diyor ki bir gün belki gece uyumadığım bir gün**

kendime o gün başka bir plan yaptım ya da.”, Ali Bey “*O diğer arkadaş da ona göre bir plan yapmıştır o gün için.*” ve Ayşe Hanım “*Adam belki o gün izninde. İşi olan bile o gün bunu çekmek zorunda kalıyor.*” şeklindeki açıklamalarla sosyal hayatlarının etkilendiğini beyan etmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere temaruz davranışı ekip arkadaşlarının sosyal hayatına müdahale etmekte ve sosyal hayatlarını etkilemektedir.

4.6.4. Yöneticinin Kendisine Yönelik Sonuçlar

Temaruz davranışının yöneticinin kendisine dair sonuçları; “*örgütlemeye ilgili sorunlar yaşama*”, “*yönetimsel çıkmaza girme*”, “*yönetim felsefesinin değişmesi*” ve “*çalışanlarla ilişkilerde zorluk yaşama*” şeklinde 4 kategoriye indirgenmiştir. Bunlara yönelik unsurlar Şekil 31’de yer almaktadır.



Şekil 31. Yöneticinin Kendisine Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası

4.6.4.1. Örgütlemeye İlgili Sorunlar Yaşama

Yönetici temaruz davranışı yüzünden örgütleme fonksiyonuyla ilgili sorunlar yaşamaktadır. Buna yönelik kodlar ise; “*idare etmek zorunda kalma*”, “*iş yükünün artması*”, “*nöbet listelerini değiştirme*”, “*personel bulmaya çalışma*” ve “*tekrar planlama yapma*”dır. Katılımcıların bunlara dair ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“İlk başta diyorsun ki sıkıntı olmaz arkadaşım diyorsun ama sonrasında onu idare etmek zorunda olduğunu fark ediyorsun.” (Elif Hanım, SSH)

*“Benim açımdan şöyle bir şey var, **tekrar hasta planla** şu bu.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

Ayşe Hanım “*Ben var olanı 24 çevirmek zorunda kalıyorum. **İş yükümü arttırır yani.** Yoğun bakımdan bana eleman geliyor mesela destek için. Bizde şey*

problemi var. Bana eleman vereceğiniz hiç vermeyin psikolojisi var bizim klinikte. Çünkü bizim kliniğimiz yoğun olduğu için bizi bilmeyen biri bizi anlamıyor. Şimdi yoğun bakımdaki insanların dosya stili bile çarşaf şeklindeyken ben burada kaldırıp ona bir şey anlatacaksam hiç gelme daha iyi. Benim ona anlatmaya değil çözüme ihtiyacım var. Geleni de kınamıyorum ne yapabilir.” ve Burak Bey **“Hatta onlarla benim de kalmak durumunda kaldığım oluyor. Bazen yazılması gereken raporlar, yazılar vs. oluyor onlar gecikebiliyor. Böyle şeyler olabiliyor tabii.”** sözleriyle iş yüklerinin arttığını dile getirmişlerdir.

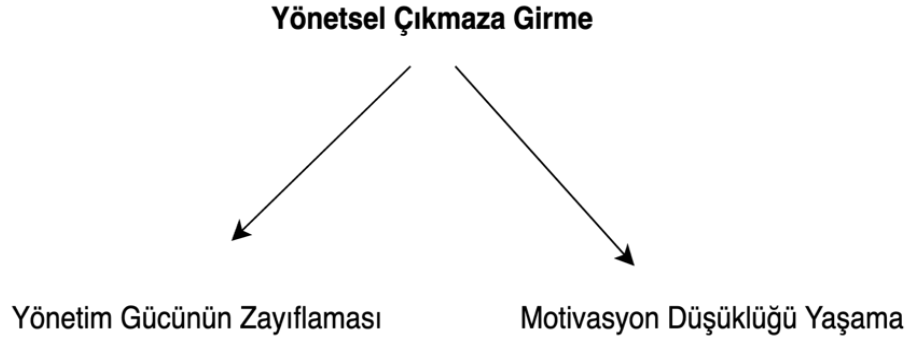
Fatih Bey **“Bazen nöbet listeleri değişiyor bu yüzden.”**, Aynur Hanım **“Nöbet listesini değiştirmek zorunda kaldığım bir dönemdi.”**, Ayşe Hanım **“Bu sefer ben başlıyorum nöbet listelerini çevirmeye çalışıyorum.”**, Emre Bey **“Bundan ötürü nöbet listesi değişiyor.”** ve Hülya Hanım **“Komple servisteki her şeyi, listeyi değiştiriyorsun nöbete gelmediği zaman.”** sözleriyle nöbet listelerini değiştirmek zorunda kalındığını ortaya koymuşlardır.

Temaruz davranışından ötürü yöneticiler personel bulmaya çalışmıştır. Buna dair Ayşe Hanım **“Arkadaşı arıyorum olmuyor mesela. Yeri geliyor eleman bulamıyoruz kurum olarak dolu oluyor her yer. Dönüyorum ben de başhemşireyi arıyorum listeyi döndüremiyorum, bana eleman yönlendirsın diye.”**, Meryem Hanım **“Ee bu aksaklığı giderecek kişiler de bizim üstlerimiz. Doğal olarak onlar da etkilendiği için onlar da yeni birini ayarlamak zorunda. O an servisten ayarlayacak kimse yoksa dış servislerden birini göndermek zorunda buraya.”** ve Ali Bey **“O gün için rapor aldıysan o süreçte bir daha diğer arkadaşlardan rica ediyorum ki onun yerine nöbete gelsinler.”** şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Bu ifadelerden anlaşılıyor ki sağlık çalışanının temaruz davranışı yöneticinin hem iş yükünü arttırmakta hem de kendisi için bir sorun teşkil etmektedir.

4.6.4.2. Yönetmelik Çıkmaza Girme

Yöneticiler, temaruz davranışı neticesinde yönetmelik faaliyetlerde yaşadıkları zorlukları dile getirmiştir. Nitekim bu bağlam; **“yönetim gücünün zayıflaması”** ve **“motivasyon düşüklüğü yaşama”** şeklinde ikiye ayrılmıştır. Bunlara dair kavram haritası Şekil 32’de yer almaktadır.



Şekil 32. Yönetsel Çıkmaza Girmeye İlişkin Kavram Haritası

4.6.4.2.1.Yönetim Gücünün Zayıflaması

Temaruz davranışı neticesinde yöneticilerin yönetim gücü zayıflamaktadır. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu bağlamda; “zor duruma düşme”, “azar yeme”, “şikayetlerin artması”, “otoritenin sarsılması” ve “tehdit alma” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

*“Ondan sonrasında idare tabii ki hâlâ şey yapmadı işte eşini, **eşi başhekimi tehdit etti** birkaç defa telefonla arayıp. Bunlar Arnavut’tu eşi tarafından. Sonrasında idare yine devam etti.” (Sevim Hanım, SSH)*

*“O zaman yine biri rapor almıştı. Ben de nöbet listelerini götürdüğümde başhemşirelik hani bana kızmıştı niye rapor alıyorlar sürekli diye. **Azar yiyen ben oluyorum.** Mesela birine yıllık izin vermiştim. Yıllık izin istedi ben de verdim. Pazartesi başlaması gerekirken rapor aldı. **O yüzden başhemşire bana çok kızmıştı. Neden başlamıyorlar, neden rapor alıyorlar diye.**” (Hülya Hanım, SSH)*

Meryem Hanım “**Yönetim yine sıkıntıya düşer.**”, Ahmet Bey “**Şöyle bir etkisi var. Netice itibariyle burada işleyişin sorumlusuyum ben. Burada herhangi bir yerde işler yavaşlarsa veya durma noktasına gelirse bu benim için bir sorun. Bu benim için ekstra sorun kaynağı.**” ve Elif Hanım “**Ben zor durumda kalıyorum yerine birini ayarlamak zorunda kaldığım için.**” ifadeleriyle yönetimin zor duruma düştüğünü dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışı sonrasında yöneticilere gelen şikayetler artmaktadır. Nitekim Meryem Hanım “... ya da **hasta şikâyet yaşarsa gider şikâyet eder.**”, Sevim Hanım “**Yani yöneticiler de sonuçta servisle ilgili sıkıntılar oraya gidiyor bir şekilde.**” ve Emre Bey “**X birimdeki doktor tek hekim ve rapor alıp gidiyor. Aslında hasta**

hekimini bulamayınca başhekimliği geliyor. Başa kadar gidiyor bu. Hoca nerde hoca yok mu diye arıyoruz.” ifadeleriyle bu bağlamı ortaya koymuşlardır.

Yağmur Hanım *“Kandırıyoruz aslında.”*, Murat Bey *“Eğer kişi başarılı oluyorsa bu çok ciddi bir disiplin, otorite kaybına yol açıyor.”*, Kübra Hanım *“Hiyerarşiye göre gidiyoruz ama hani sıkıntı bana geliyor ben gidip söylüyorum falan ama bir yerden sonra çözüme kavuşmayınca herkes kendi başına gidiyor.”*, Melek Hanım *“Yöneticinin de otoritesi sarsılıyor. Yöneticinin etkinliği azalıyor.”* ve Burak Bey *“Ne olabilir, yani tabii bizim yöneticiliğimizi sorgulamaya başlayanlar olabilir.”* ifadeleriyle yöneticilerin otoritesinin sarsıldığını ortaya koymuşlardır.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere sağlık çalışanının temaruz davranışı sonucunda yönetim gücünü zayıflatmakta ve yöneticinin otoritesi sarsılmaktadır.

4.6.4.2.2. Motivasyon Düşüklüğü Yaşama

Temaruz davranışıyla karşı karşıya kalan bir yöneticinin motivasyonu düşmektedir. Bu noktadaki açıklamalardan hareketle; “çalışma şevkinin etkilenmesi”, “modun düşmesi”, “sabrın taşması” ve “yıpranma” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara yönelik alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“Çalışma hevesimi kırıyor.” (Hülya Hanım, SSH)

“Benim de bu sefer şeyimi bozuyor, nasıl diyeyim modumu düşürüyor.”
(Hülya Hanım, SSH)

“Baya bir sıkıntı çıkarmıştı bize ama benim sabrım çok yüksektir, benim sabrımı bile taşırdı.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Ayşe Hanım *“Bu beni yorar, yıpratır...”* ve Elif Hanım *“Bunu tabii kullanma tarzına çekenlere bir dur demek lazım ama gerçekten çok yıprandığımı hissediyorum.”* şeklindeki açıklamalarla yıprandıklarını dile getirmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere temaruz davranışı neticesinde yöneticiler motivasyonel anlamda düşmekte ve bu davranıştan zarar görmektedirler.

4.6.4.3. Yönetim Felsefesinin Değişmesi

Temaruz davranışıyla karşılaşınca yöneticilerin yönetim felsefesinde değişiklikler yaşanmıştır. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu noktada; “güven duygusunun zedelenmesi”, “samimiyetin ortadan kalkması”, “müsamaha göstermek istememe”, “daha sert olma”, “gitmelerini isteme”, “bu kişilerle çalışmak istememe”

ve “çalışandan vazgeçme” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik ifadelere aşağıda yer verilmiştir.

“Bu sefer ben hani nöbet listesini istediği zaman hani yönlendirme yapıyorlar ya bazen ben mesela buna çok şey yapmamaya çalışıyorum, karışmamalarına izin vermemeye çalışıyorum. Bu şekilde davrananların özellikle.” (Kübra Hanım, SSH)

“Ondan sonraki kararlarınızda da biraz rijit olmanıza sebep oluyor. Olmamak lazım ama oluyorsunuz.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Siz yönetici olsanız sürekli ben hastayım, rapor alacağım diyen biriyle uzanmam lazım ay şuraya çekileyim diyen biriyle çalışmak ister misiniz?” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

“Yani artık çalıştıramıyoruz belki buradan gitmelerini bile istiyor olabilirler. Atanıp gitmeleri bile onlar için çok büyük bir mutluluk olur yani.” (Ayşe Hanım, SSH)

“Çok uğraştım ama artık iflah olmaz diye vazgeçtim.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Kübra Hanım *“Samimi bulmuyorum en başta.”* ve Melek Hanım *“Bu davranış devam ettikçe o kişinin samimiyeti ortadan kalkıyor tabii...”* şeklindeki açıklamalarıyla temaruz davranışı sergileyenleri samimi bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

Temaruz davranışı neticesinde yöneticilerin güven duygusu zedenlenmiştir. Bu bağlama dair Burak Bey *“Bütün çalışanlarınıza karşı güven duygunuzu yerle yeksan edebiliyor yani.”*, Meryem Hanım *“Güvenim de zedeleniyor.”*, Kübra Hanım *“... ya bir derdi sıkıntısı gerçekten olduğunda bu sefer bana inandırıcı gelmiyor.”*, Hülya Hanım *“Dediğim gibi hani güven sıkıntısı oluyor. Güvenmiyorum yani.”* ve Yusuf Bey *“Güven problemi oluyor tabii ki.”* şeklinde acıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışı neticesinde yöneticiler kendi yönetsel bakış açılarının değiştiğini vurgulamışlardır.

4.6.4.4. Çalışanlarla İlişkilerde Zorluk Yaşama

Yöneticiler, temaruz davranışı neticesinde çalışanlarıyla yaşadıkları sorunlardan bahsetmiştir. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkıldığında bu bağlamda; “yanlış anlaşılma”, “tepki görme” ve “açıklama yapmak zorunda kalma” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Benim iyi niyetimden dolayı bu insanlar bunu yaptığını düşünüyor ama benle alakalı değil. Başka yerlerde de var böyle insanlar.” (Elif Hanım, SSH)

“Bu sefer insanlara açıklama yapmak zorunda kalıyorsun.” (Elif Hanım, SSH)

Leyla Hanım **“Genelde tepki alıyoruz.”**, Elif Hanım **“Ben neden geliyorum bıktım artık, neden ben geliyorum gibi. Sen gel yani o an müsait olan sensin.”** Ve Hakan Bey **“Yani rapor alan kişinin yerine verilecek personel bir şekilde size serzenişte bulunur. Buranın bir işleyişi olduğunu, işleyişin devam etmesi gerektiğini çok anlamaz. Eğer devam ettirilmesi gerekiyorsa da niye ben der, niye başkası değil diye sorgulamaya başlar. Öyle olduğunu düşünüyorum. Bu sefer de işte personelle karşı karşıya gelir. Çünkü personel bu sefer bencil davranır. Yani şey duygusu niye ben de bir başkası değil. Sen değil bir başkasına gidince bir başkasına gidince yine aynı.”** şeklindeki açıklamalarla gördükleri tepkileri anlatmışlardır.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere temaruz davranışı neticesinde diğer çalışanlarla bazı sorunlar yaşamaktadır.

4.6.5. Paydaşlara Yönelik Sonuçlar

Temaruz davranışının paydaşlar açısından sonuçları; “mikro düzey” ve “makro düzey” olarak 2 kategoride toplanmıştır. Bunlar aşağıdaki kavram haritasında yer almaktadır.



Şekil 33. Paydaşlara Yönelik Sonuçlara İlişkin Kavram Haritası

4.6.5.1. Mikro Düzey

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu noktada; “hastaların bakımının gecikmesi”, “hasta bakımının zedelenmesi”, “hastaların beklemesi”, “hastaların etkilenmesi”, “hastalarla ilgilenmeme”, “ortaklaşa işlerde sorun çıkması”, “hastaya az zaman ayırma”, “hastaya kötü davranma”, “hizmetten geç yararlanma”,

“hastayla iletişimin bozulması” ve “tedavilerin acil yapılması” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Gecikme olur. Hastayım der oturur 3 saatlik iş vardır, o onu beş saate yapar. Yani hasta gecikir. Her şey gecikmeye kalır yani. Sizin sonuçlarınız saat ikide çıkacak, sonucunuz bir türlü çıkmaz. Hasta apandis mesela onun gecikmesi bir sürü şeye neden olabilir. Gecikme iyi bir şey değil yani birinin hastayım konumuna geçip de iş yapmaması kötü bir şey. Herkesi etkiler.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

“On hastaya iki kişi çalışıp rahatlıkla güzellikle bakmak mı tek başına koştur koştur çalışmak mı? Beklemek zorunda o veya acil bir hasta oluyor mesela sen onun başına gidiyorsun. Geri kalan on hasta beklemek zorunda.” (Ayşe Hanım, SSH)

“Geriye zaten şey kalıyor hizmet verilen kişiler, hastalar kalıyor. Hastalar açısından da tabii ki iş aksadığı için onlar da etkileniyor. Kaloriferi ise kalorifer yanmıyor, hasta üşüyor. Sekreterse ne bileyim daha uzun beklemek zorunda kalıyor. Hemşire ise daha uzun müşahedede kalmak zorunda kalıyor veya ilacı karıştırıyor gibi.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Yani hastalar için var mı işte mesela ben kendimi iyi hissetmiyorum, hastayım falan diyor, eğer iptal etmiyorsam inanmadığım için hani gece hastalara da onu yansıtıyor. Sabah geldiğimde ay hemşire hanım çok hastaydı. Hemşire odasında uzanıyordu da biz gittik çağırdık iki kere gelmedi. Böyle bir yansıması oluyor hastalara.” (Hülya Hanım, SSH)

“Sonra ne olabilir karşılıklı eğer beraber çalışma oluyorsa, ortak çalışmalar yürütülüyorsa diğerleriyle ... bazen laboratuvar da ortaklaşa çalışmalar yapılabilir. Onda olabilir tabii karşı tarafa yük binebilir.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Düşün iki gün üst üste nöbete gitmişsin. O arada eşinle de kavga etmişsin. Tabii ki hastaya belki normalde yapmayacaksın, bağırmayacaksın. Kızmaya, bağırmaya da başlayabiliyorlar.” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Netice itibariyle ortaya koyulan bir ürün var. Benim buradaki görevim bu ürünün iyi şartlarda ve doğru şekilde konmasını sağlamak. Bir de üründen faydalananlar var. Hastalar oluyor. İster istemez üründen faydalanamadıklarında veya geç faydalandıklarında dolayı etkileniyorlar.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“İnsanlarla iletişim bozuluyor. Etkin iletişim olan ilişkiler bozuluyor. Bu çok önemli bir faktördür hele ki hastalar için.” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Hızlandırılmış bir şekilde yapılıyor, acil bir şekilde yapılıyor, koştur koştur yapılıyor, sonuçta az elamanla çalışıyorsun. Hastaya da olumsuz yansıyor her şekilde.” (Sevim Hanım, SSH)

Sevim Hanım *“Ee sonuçta hastaya verilen bakım saati eee şey azalıyor.”* ve

Kübra Hanım *“Bu performans kaybına neden oluyor bizim açımızdan. Yani nedir*

performans kaybı hemşire tedavi performans kaybı hemşire tedavisini yapması gereken saatte yapamaz veya işte normalde yoğun bakımlarda 2 saate bir hastaların bakımları vardır. 2 saatte bir girmez de yorgun olduğu için 3 saatte bire çıkarır.” sözleriyle hastaya daha az zaman ayrıldığını beyan etmişlerdir.

Kübra Hanım “... *hem de hastanın bakımı açısından zedelenme söz konusu olur.*” ve Meryem Hanım “*Hastanın şeyi sıkıntıya düşüyor bu sefer. Bakımı... hastanın işleyişi, tedavisi hep eksik kalabiliyor bu durumda.*” şeklindeki açıklamalarla hasta bakımının zedelendiğini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki hem hastalar hem de diğer mikro paydaşlar temaruz davranışından dolayı sorunlar yaşamaktadır.

4.6.5.2. Makro Düzey

Temaruz davranışının dış paydaşlar için sonuçları bulunmaktadır. Katılımcıların bu bağlamdaki ifadelerinden hareketle; “devletin etkilenmesi”, “iş gücü kaybına neden olma”, “kelebek etkisi” ve “mali zarar” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcıların ifadeleri aşağıda verilmiştir.

*“Bu adam devletin olsa da bir para ödüyor. Ee üç gün daha çalıştıramadıysa **mali zarar** olduğunu düşünüyorum.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)*

*“Diğer taraftan bu hizmeti sağlayan **devleti etkiliyor**. Devlet normalde bu işin garantörü. Bir de o açıdan bakmak lazım. Normalde mesela dünyada hastalıkların tedavisinde bile iş gücü kaybı diye bir kavram vardır. Bir hastalığın tedavisi ne kadar hızlı ve kolay yapılırsa bir devlet açısından iş gücü kaybı o kadar azalır. Bununla alakalı şöyle bir örnek vereyim ben size. Dünya çok yakın periyotta pandemi dediğimiz bir hastalık yaşadı. Mesela lojistikle alakalı ciddi manada sıkıntılar üretti bu. Üretim bandı ile alakalı çok büyük problemler oldu. Hastalıkların yansması birçok şeyi etkiliyor ve devletler açısından da iş gücü kaybına sebep oluyor. Normalde aklınıza şu gelebilir ya şu hastanenin kardiyoloji personeli izin alsa ne olacak **ne iş gücü kaybı olacak ama bunun çok yaygınlaştığını düşününce gross kayıplara sebebiyet veriyor. Brezilya’da kanat çırpın kelebeğin Amerika kıyılarında fırtınaya sebebiyet vermesi gibi. Sistemin küçük çarkları...**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

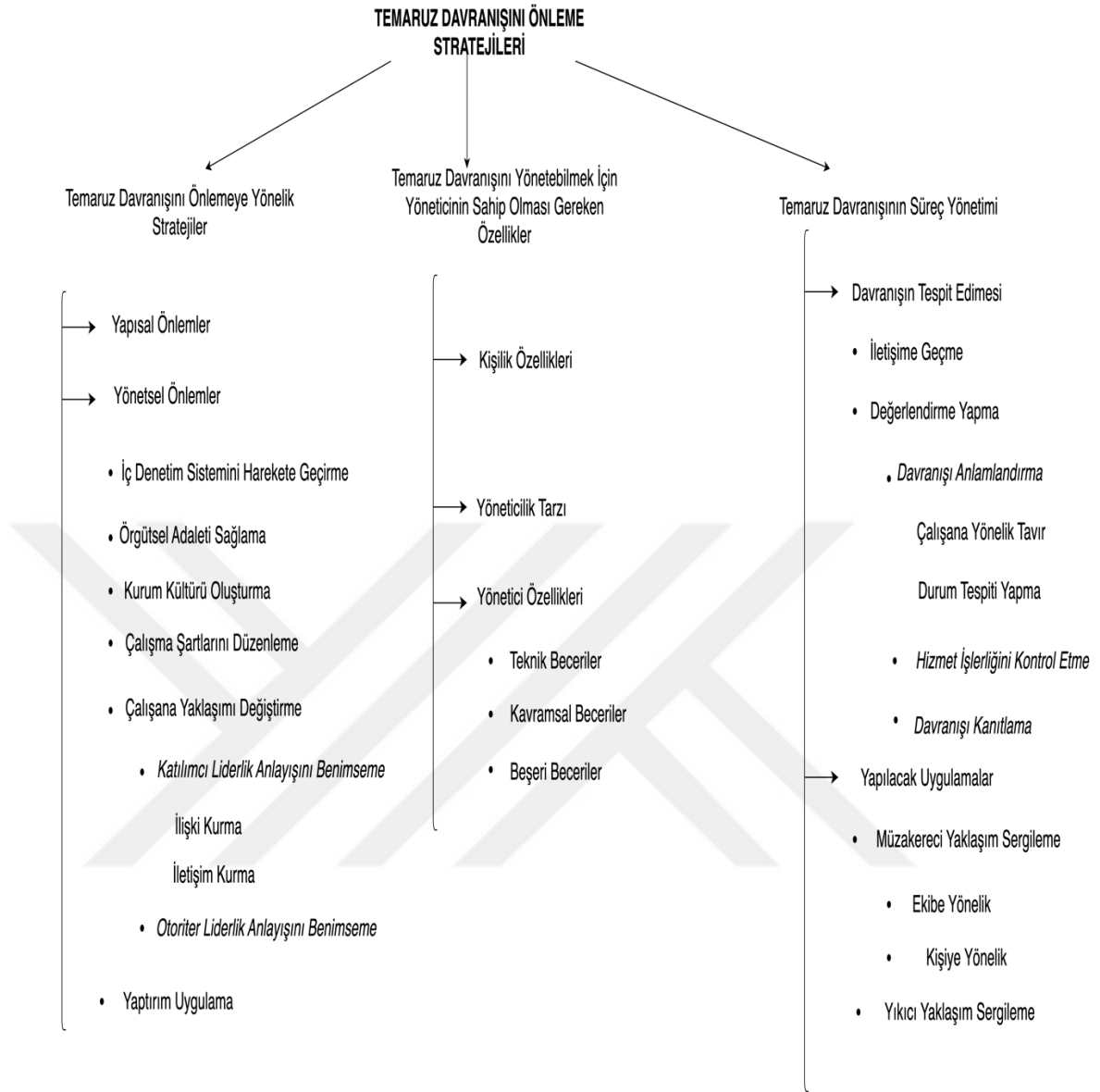
Bu noktadaki ifadelerden anlaşıldığı üzere temaruz davranışının kelebek etkisi şeklinde devlete, sağlık sistemine, makro düzey paydaşlara yansıyan yönleri bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının temaruz davranışının kuruma, kendisine, iş arkadaşlarına, yöneticiye ve paydaşlara yönelik sonuçları bulunmaktadır. Temaruz davranışından

ötürü kurumlar, hizmet sunumunda sorunlar yaşamaktadır. Yine temaruz davranışını sergileyen kişi; iş arkadaşları ve yöneticisinden tepki almakta, kendisi hakkında olumsuz imaj oluşmakta, yaptırımlara uğramakta ve ancak bunlara rağmen ikincil kazançlar elde etmektedir. Temaruz davranışı neticesinde iş arkadaşlarının; çalışma ortam ve koşullarında sonuçlar meydana gelmekte, psikolojik anlamda bu süreçten etkilenmekte ve sosyal hayatlarında bazı yansımalar olmaktadır. Benzer şekilde yöneticiler temaruz davranışından ötürü örgütlemeye ilgili sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu davranış neticesinde yöneticiler; yönetsel anlamda çıkmaz girmekte, yönetim felsefesini değiştirmek zorunda kalmakta ve çalışanlarıyla ilişkilerinde zorluklar yaşamaktadırlar. Son olarak temaruz davranışı gerek mikro gerek makro paydaşlara yönelik sonuçlarla hizmet sunumunda sorunlar oluşturmaktadır.

4.7. TEMARUZ DAVRANIŞININ ÖNÜNE GEÇMEYE YÖNELİK BULGULAR

Temaruz davranışının nasıl önlenebileceğine dair unsurlar katılımcılara sorulduğunda “*Temaruz Davranışını Önlemeye Yönelik Stratejiler*”, “*Temaruz Davranışını Yönetebilmek İçin Yöneticinin Sahip Olması Gereken Özellikler*” ve “*Temaruz Davranışının Süreç Yönetimi*” olmak üzere 3 üst tema meydana gelmiştir. Bunlara ait kavram haritası aşağıda yer almaktadır.

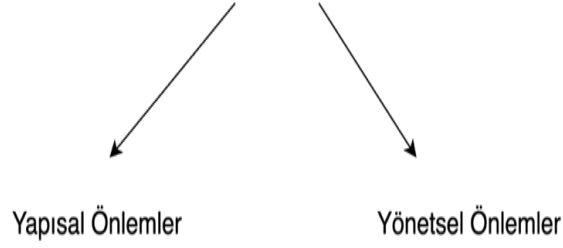


Şekil 34. Temaruz Davranışını Önleme Stratejilerine İlişkin Kavram Haritası

4.7.1. Temaruz Davranışını Önlemeye Yönelik Stratejiler

Temaruz davranışının nasıl önleneceğine dair unsurlar; “*yapısal önlemler*” ve “*yönetimsel önlemler*” şeklinde iki kategoriye ayrılmıştır. Bunlara yönelik kavram haritası Şekil 35’te yer almaktadır.

Temaruz Davranışını Önemeye Yönelik Stratejiler



Şekil 35. Temaruz Davranışını Önemeye Yönelik Stratejilere İlişkin Kavram Haritası

4.7.1.1. Yapısal Önlemler

Katılımcıların temaruz davranışın nasıl önlenebileceği sorusuna verdikleri cevaplardan hareketle; “özeleştirme”, “özlük haklarını düzenleme”, “performansa göre ek ödeme”, “personel sayısını arttırma”, “profesyonel yönetim anlayışını getirme”, “siyasi ilişkileri azaltma”, “sözleşmeli istihdam”, “dışarıdan yönetici getiremem”, “eğitim sistemine dair değişiklik yapma”, “kurum değişikliği yapma”, “mevzuattaki boşlukların giderilmesi”, “işe alımda kişilik özelliklerine bakma” ve “uzmanlık alanı sağlama” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Yani sözleşmeli istihdam, özelleştirmeye fabrika anlamında karşıyım amaa hastaneler vs. kamu kuruluşlarında biraz daha ben şeyden yanayım. Sözleşmeli olduğu zaman 3 tutanak yerse işten atılıyor adam. 3 tane kabul görmüş, cezalandırılmış tutanakla işten atılabiliyor.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Bu özlük hakları düzenlenirse bence ortadan yani biraz daha minimize olur. Özlük hakları iyileştirilirse...” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Hekimler için 50 bin maaş. 20 bin sabit, 30 performans mesela. Gerisi yatmaz çalışmayınca. Bundan kaynaklı rapor almak istemez bir hekim. Sistemsel bir düzenleme var gibi. Çalışana veririm, çalışamayana vermem.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Normalde bu tarz kurumların da profesyonel ekipler tarafından yönetilmesi lazım. CEO gibi. Bu denendi mesela TR’de başarısız oldu.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Yani bir yönetimin ne yönetimi olursa olsun dışarı ile bağı kesilmeli. İdari amirler kimse bunların arasında şey ne diyelim yönetim zinciri olmalı. Hiyerarşiden çıkılmamalı. Bilmen ne parti ilçe başkanı beni aramamalı yani. Bizim bunu çıkarmamız lazım çünkü benim her karşılaştığım olayda bu var. Biri kalorifer yakmak istemez, astımım var der. Biri ben bilmem kimin bilmem nesiyim der, ben orda çalışmak istemiyorum, kötü oluyorum

orda der. Yani hepsinde de böyle bir ortak payda var. Ortak payda da o işte. Yani gariban bunu yapamıyor kolay kolay. Gerçekten yapamıyor. Yapan da en ufak tepkide hemen silkelenip kendine geliyor.” (Murat Bey, Başhekim)

“Dışardan birini alıp getiriyorsun sen hastaneye başhemşire yapıyorsun mesela. İşte odyoda çalışmış bir teknisyen değil mi mesela hemşire olması gibi yani. Yapamaz ki başhemşirelik nedir yani hemşirelik yapmış çalışmış, bu işi bilen tecrübesi olan ki ona bir şeyler katabilsin.” (Sevim Hanım, SSH)

“Eğitim sisteminin değişmesi lazım...” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Mesela başhekim dediğiniz kişi niye dahiliye uzmanı olmak durumunda ki. Neden tıpta yönetici olarak bir pozisyon açılmıyor mesela. Böyle bir uzmanlık neden oluşturulmaz ki.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Mevzuatların değişmesi lazım, hukuk sisteminin değişmesi lazım.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Bunlar kişilik özellikleriyle seçilmeli. Bir öğrenci 50 puan aldı diye hemşireliğe, ebeliğe girmemeli ya da çok yüksek puan aldı diye hekim olmamalı. Bizler de öyle girdik yani.” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)

Burak Bey **“Aslında bunu rutin olanları en güzeli oradan uzaklaştırmak.**

Ha nereye kadar uzaklaştırılır o da ayrı.” ve Yağmur Hanım **“Onu sistem olarak bir başka hastanede geçici görevine verseniz belki daha mutlu olur çünkü kendi işini yapmış olur.”** şeklindeki açıklamalarla kurum değişikliği önerisinde bulunmuşlardır.

Meryem Hanım **“Koca bir servise bir adam değil de iki adam verilse ya da bir erkek bir bayan personel verilse...”** ve Ali Bey **“Bu süreci aslında şöyle diyeyim sürecin en başı zaten yeterli sayıda personel alınmalı bence.”** sözleriyle personel sayısının artırılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere temaruz davranışının önüne geçmek için sistemde yapısal bazı değişiklikler yapılması gerekmektedir.

4.7.1.2. Yönetmelik Önlemler

Temaruz davranışı ile yönetmelik açıdan baş edebilmek adına ifade edilen unsurlar; **“iç denetim sistemini harekete geçirme”, “örgütsel adaleti sağlama”, “kurum kültürü oluşturma”, “çalışma şartlarını düzenleme”, “çalışana yaklaşımı değiştirme”** ve **“yaptırım uygulama”** şeklinde altıya ayrılmıştır. Bunlara dair kavram haritası Şekil 36’da yer almaktadır.

4.7.1.2.2. Örgütsel Adaleti Sağlama

Çalışanların adilane bir şekilde yönetildiklerini düşünmeleri temaruz davranışını önüne geçebilecek bir stratejidir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu hususta; “adaletli bir ödeme sistemi oluşturma”, “eşit iş yoğunluğu oluşturma” ve “herkese eşit davranma” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Adaletli bir ödeme sisteminin temaruzu önleyeceği düşünülmektedir. Buna dair Ahmet Bey *“Yapılan işle ödenen ücretin simetrik olması ve yeterince adaletin sağlanması. Adaletli bir ödeme sistemi. Mesela sizi kimle kıyaslayacağız. Normalde mesela şunu göz ardı etmemek lazım. Enteresan bir hikâye daha anlatayım size. Bizim bir taşerondan kadroya geçen bir hemşire arkadaş orada işçi olarak çalışan başka bir arkadaşın maaşını sordu. Ben orada masa başındayım, hastaya şey yapıyoruz ben de kulak misafiri oldum. O dedi ki abi bu ay ne kadar maaş aldınız. O da maaşını söyledi. Kızcağz durdu böyle bir düşündü. Abi dedi sen temizlik yapma dedi ver temizlik yapayım. Şimdi adilane bir ödeme sistemi getirmemiz lazım. İlk olması gereken o.”* ve Emre Bey *“Emsalleri benzer iş yükü aynı parayı alıp diğerine göre iş yükü fazla olanların iş adaleti, çalışma barışı temaruzu azaltabilir.”* şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Melek Hanım *“Yani ben diyorum ki herkes eşit şartlarda çalışsın.”* ve Emre Bey *“Herkesin eşit iş yoğunluğu ile çalışması sağlanabilir. Çalışanlar yöneticilerinin adaletli olduğunu düşünürse bu azalır.”* sözleriyle herkesin eşit iş yoğunluğuna sahip olması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Sevim Hanım *“Eşit davranmaya çalışıyorum.”*, Aynur Hanım *“Bence yasalar ve kurallar herkes için eşit olmalı ve eşit şekilde uygulanmalı.”*, Hacer Hanım *“Çalışma ortamı adil davranma güven mesela bence bir kere bize diyelim ki böyle bir arkadaşımız var, bize güvenmesi çok önemli. Bize güvendiği anda zaten hiçbir şeyi mazeret etmez.”*, Murat Bey *“Yani tabii ki şöyle daha adil davranarak ama bunlar çok genel geçer şeyler.”* ve Fatih Bey *“Hepsine adil olmamız lazım.”* sözleriyle herkese eşit davranılması gerektiğini dile getirmişlerdir.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere örgütsel adaletin sağlanması çalışanların temaruz davranışının önüne geçmeyi sağlayacaktır.

4.7.1.2.3. Kurum Kültürü Oluşturma

Temaruz davranışının nasıl önleneceğine dair soruya katılımcıların verdikleri cevaplardan hareketle; “gönüllülüğü sağlama”, “eğitim verilmesi”, “hekimlerin bilinçlendirilmesi”, “görev tanımlarına uyulması”, “kuralların koyulması”, “aynı kurumdan alınan raporları kabul etmeme” ve “farkındalık kazandırılması” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Aynı zamanda özellikle birimlerde gönüllülük esasının olması gerektiğini de düşünüyorum. Yani bu az önce verdiğim, işte tümörü olan elemanın covid servisinde çalışmamak istemesi, işe ilgili yani covid servisinde gerçekten gönüllü olanlar çalışsa ki vardı. Ee yakın zamanda pozitif olmuş negatife dönmüş elemanlar özellikle gönüllü oldu ki, hani biz hastalığı geçirdik, en azından antikora sahibiz, şu anda görev alabiliriz.” (Kübra Hanım, SSH)

“O kişileri eğitime tabi tutmalı. Eğitime göndermeli.” (Sevim Hanım, SSH)

“Hani bir nebze olsun, iş yükünü dediğim gibi doktorun işini doktora yaptırırsın hani bunu biz değil de yönetimin el atması lazım. Doktorun işini doktora yaptırırsa... belki hani iş yükünden kastım ee herkesin kendi işini yapması.” (Meryem Hanım, SSH)

“Zaten bu hastalık olayını da önleme yöntemi kuralların koyulmasıdır.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

“Şöyle en azından mesela, ben bu hastanede çalıştıyorsam o hastanedeki doktordan raporu kabul etmemeli. Başka bir yerden, diğer hastanelerden veya...” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Leyla Hanım *“Bu durumun kimleri nasıl etkilediği gibi anlatmak lazım.”* ve Yağmur Hanım *“Bu davranışla verdiği zararı ona benim anlatmam gerek. Karşıdaki insan sen olabilirsin olayına geçmek gerekiyor.”* şeklindeki ifadelerle farkındalık kazandırılması gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Leyla Hanım *“Bu gerçekten doktorlardan kaynaklı. Değerlendirmesi lazım hastayı. Bir kişinin hasta olup olmadığını en iyi hekim anlar. Haksız mıyım? O kişiye o imtiyazı tanıyıp tanımama da doktordan geçer. Bu yüzden doktorlarımızın biraz bilinçlenmesi gerek.”* ve Ayşe Hanım *“Uygulama şöyle hasta olmayan insanlara rapor verilmeyecek bu kadar basit. Bir doktor bence kolay kolay taklitte doğruyu ayırt edebilir bence.”* şeklindeki ifadelerle hekimlerin bilinçlenmesi gerektiğini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki temaruz davranışıyla baş edebilmek için yöneticilerin gerek davranış özelinde gerekse kurumun işleyişine dair çalışanlarda bilinç oluşturmaları gerekmektedir.

4.7.1.2.4. Çalışma Şartlarını Düzenleme

Katılımcılar temaruz davranışının önüne geçmek için çalışma şartlarının düzenlenmesi gerektiğini dile getirmişlerdir. Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “çatışmaların bitirilmesi”, “çalışma ortamını düzenleme”, “çalışma saatlerini düzenleme”, “dinlenme imkânı tanıma”, “rotasyon”, “yer değişikliği yapma”, “rahatlatarak çalıştırma” ve “oryantasyona önem verme” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir:

*“Yani aslında şey, nasıl desem, ben yine şey ya **insanları biraz daha rahatlatma düşüncesindeyim...**” (Kübra Hanım, SSH)*

*“Ekipteki bireyler çatışıyorsa orası çığırından çıkar. Ben hep öyle olduğu zaman mutlaka **yer değişikliği** yapıyordum.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Oryantasyon demeyelim, oryantasyonda birimleri tanıtıyorsun hani birimlerde çalışanları genel itibarıyla kurumu tanıtıyorsun. Gerçi yönetici de oryantasyon gibi mi, evet oryantasyon gibi olabilir. **Oryantasyonda da kurumdaki kişilerin tanınması en azından bir bilgi sahibi olunması sağlanabilir.**” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

*“Herkes hayatından memnun oluyor çünkü o **kisiler arası çatışmayı ortadan kaldırdığımız** için o bahaneyi öne sürmüyordu yani.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

Çalışanları rotasyona sokmanın temaruzu önleyebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda Kübra Hanım “Bunun için de aslında ee hastane içerisinde **rotasyon yöntemi** bence kullanılabilir. Başka diğer taraftan bakacak olursam servislerde çalışan çok daha gerçekten kendi potansiyelinin üzerinde çalışabilecek elemanlar da var. Onları biraz da yoğun bakıma çekip yoğun bakımdaki elemanın iş yoğunluğunu hani onları biraz dinlendirmek adına diğer servislere diğer işte kan alma, EKG gibi daha pasif alanlara çekilerek elemanların rotasyon şeklinde çalıştırıldığı takdirde ben çok da bu şekilde büyük iş yüklerinin olacağını sanmıyorum veya temaruz maruz kalınacağını düşünmüyorum.” ve Murat Bey “Mesela biraz önce verdiğimiz örnek gibi bütün hemşireleri **rotasyona** alırsın kimse ben burada neden öbüründen bir ay fazla çalıştım diye bir temaruz giremez. Hasta oluyorum burada çalışınca, bir ay daha fazla çalıştım hasta oldum diyemez.” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Çalışma ortamına düzen verilmesi temaruzun önüne geçmede yarar sağlayacaktır. Buna dair Aynur Hanım “*Hani daha kaliteli böyle daha rahat olmaları için.*” ve Hacer Hanım “... önlenebilir bir karakterse eğer zaten o insandaki doğru duruş doğru davranış **doğru çalışma ortamı**...” sözlerini sarf etmişlerdir.

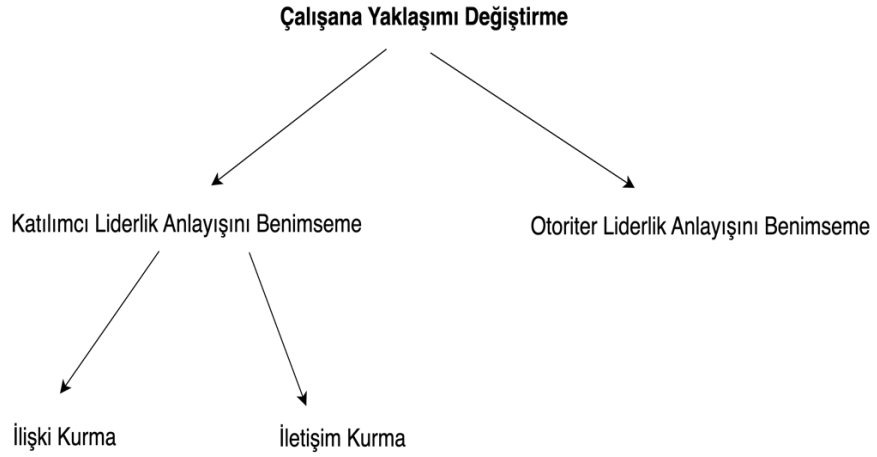
Aynur Hanım “*Yoğun olduklarında çiftlemek. Yoğun olunan gün iki kişiyi nöbete koyuyorum yani. Gündüzü artırıyorum.*”, Sevim Hanım “*Hani boşluk vs. ayarlanabilir. Herkesin işini görmesi için...*” ve Ali Bey “*Çalışma saatleri düzenlenmeli...*” şeklindeki açıklamalarla çalışma saatlerinin düzenlenmesinin temaruzun önüne geçmede işe yarayacağını ifade etmişlerdir.

Çalışanlara dinlenme imkânı tanınmasının temaruzun önüne geçmede işe yarayacağı düşünülmektedir. Bu noktada Kübra Hanım “*Tamamen dört duvar arasında kapalı bir alan yoğun bakım. 3-4 saat aralıkla tabii ki iş yoğunluğu da önemli ama mutlaka çalışana dışarıya çık hadi bir hava al, 15- 20 dk bir çay iç, kantinde kendine gel, diğer insanlar muhabbet et. İnsanları dinlendirerek biraz daha eee verimi arttırmaya çalışma diyebilirim.*” ve Hacer Hanım “... nedir git önce tamam **dinlenebilirsin**, birkaç saat kendine zaman ayır falan.” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu açıklamalar gösteriyor ki çalışma şartlarını düzenlemeye yönelik adımlar atılması temaruz davranışını önleyecektir.

4.7.1.2.5. Çalışana Yaklaşımı Değiştirme

Temaruz davranışını önleyebilmek için katılımcılar çalışanlara karşı yaklaşımın değişmesi gerektiğinden bahsetmiştir. Bu bağlam “*katılımcı liderlik anlayışını benimseme*” ve “*otokratik liderlik anlayışını benimseme*” şeklinde ikiye ayrılmıştır. Bunlara yönelik kavram haritası Şekil 37’de gösterilmiştir.



Şekil 37. Çalışana Yaklaşımı Değiştirmeye İlişkin Kavram Haritası

■ Katılımcı Liderlik Anlayışını Benimseme

Katılımcı liderlik anlayışına dair unsurlar “iletişim kurma” ve “ilişki kurma” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

İletişim Kurma

Katılımcılar temaruz davranışının önüne geçebilmek için iletişim unsurunun önemine değinmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu bağlamda; “birim yöneticileriyle konuşma”, “dürüst iletişim kurma” ve “toplantılar yapma” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Sahada mutlaka özellikle **birim şefleri vs. varsa sık sık toplanmalı**. Onlar da alt taraftaki birtakım gidişatları vs. görmesi lazım. Böyle yaptığınız takdirde hiçbir sorun kalmıyor, biliyorum tecrübe ile yaşadım.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)*

Burak Bey “**Belki şeflerle hatta bazen çalışanlara gidip ufak tefek konuşmalarla beraber...**” ve Yusuf Bey “**Yani önlem olarak birim sorumluları ile çünkü birim sorumluları en azından orda çalışanlarla ilgili bilgiyi aktarabilir, görebilir. Diyelim ki kişi atladı müdüre gitti, eee tanımıyor ne yapsın, kişiyi bekletip orda dışarda bana böyle bir arkadaş var, böyle bir talepte bulunuyor, ne diyorsunuz, gerçek midir gerçek değil midir, bunu şeyden birim sorumlularından öğrenebilir.**” sözleriyle birim yöneticileriyle konuşulmasının üzerinde durmuşlardır.

Çalışanlarla dürüst iletişim kurulması temaruz davranışının önlenmesinde işe yarayacaktır. Bu bağlamda Hülya Hanım “**Yani bilmiyorum. Normalde sorun yaşadığımızda servisin grubuna yazmıştım. Arkadaşlar işiniz olduğunda bana **dürüst****

bir şekilde söyleyin, ben halledebilirsem hallederim diye.” şeklinde açıklamalar yapmıştır.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere yöneticinin çalışanları ve alt birim yöneticileriyle iletişim halinde olması temaruz davranışını önlemeye yarayacaktır.

İlişki Kurma

Temaruz davranışının önüne geçebilmek için yöneticilerin çalışanları ile ilişki içerisinde olması gerekmektedir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu hususta; “isteklere önem verme”, “izinde anlayış gösterme”, “çalışanını tanıma”, “çalışanlarla beraber olma”, “ulaşılabilir olma”, “kolaylık sağlama” ve “sahaya hâkim olma” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

*“Ee tabii gençlerin kanı kaynıyor, bir yerlere gidip gelmek istiyorlar. **İzin verebildiğimiz kadar verebilsek** aslında...” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)*

“Yani bence elemanını tanımalı insanlar. Her servisteki çalışanını tanımalı.” (Sevim Hanım, SSH)

“Her bölümde neler dönüyor, açıkçası böyle gözlemlemesi gerekiyor. Sık sık beraber olması lazım.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“... ulaşılabilir halde bulunması lazım.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Yönetmelik açıdan bence en güzel tedbir sahaya hâkim olmasıdır. Çalışanların da biraz şey olması lazım, yani yöneticinin sahaya hâkim olması lazım.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Aynur Hanım “**Ya ben şöyle yapıyorum, onların işte istediklerini ayarlamaya çalışıyorum...**” ve Hakan Bey “**Yani bir işi varsa, bir durumu varsa ve bunu da rapor almak da buluyorsa biz onun önünü kesmeliyiz. İzin ya da onu tolere edecek şekilde çalışma planı ortaya çıkarmalıyız.**” şeklindeki ifadelerle çalışanlarının isteklerine önem verilmesinin üzerinde durmuşlardır.

Bu ifadelerden anlaşıyor ki temaruz davranışının önüne geçebilmek için yönetici çalışanlarıyla ilişki kurmalıdır.

▪ Otokratik Liderlik Anlayışını Benimseme

Katılımcılar temaruz davranışının önüne geçmek için sert bir tutum sergilenmesi gerektiğini dile getirmişlerdir. Bu noktada oluşturulan kodlar ise; “daha sert olma”, “görmezden gelmeme”, “dayatmacı bir anlayış sergileme”, “sorumluları

uyarma” ve “yönetim zinciri uygulama” şeklindedir. Katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Dediğim gibi, böyle bir davranış anında kişiye sorarım sen gerçekten hasta mısın diye. Yani ben de tepki gösteririm.” (Leyla Hanım, SSH)

“Yine dediğim gibi, dayatmacı bir durum olmadığı sürece o ona yol açar her zaman.” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Zaten üsttekiler bizi uyarıyor kesinlikle işte hasta olmayanlar rapor almasın diye. Biz de uyarımızı yapıyoruz...” (Leyla Hanım, SSH)

“Eğer böyle bize kadar geldiyseniz bunun altında başka bir şey olabilir mi acaba, bunu bir açsak mı konuşsak mı isterseniz, sorumlunuzu da çağıralım beraber konuşalım şeklinde. Bunun teyidini almadan gelen kişiye evet tamam denmemesi lazım.” (Hacer Hanım, SSH)

Ali Bey **“Çünkü yumuşak olunca suiistimal edilebiliyor.”** ve Furkan Bey **“Daha sert bir uygulamaya geçilebilir. Daha rapor aldın, getir bakalım sen ne aldın, ne yaptın bir görelim.”** şeklindeki açıklamalarla daha sert olunması gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki açıklamalardan anlaşıldığı üzere temaruz davranışının önüne geçmek için daha otoriter davranılması gerektiği düşünülmektedir.

4.7.1.2.6. Yaptırım Uygulama

Temaruz davranışının önüne geçebilmek için cezai unsurların önemine değinilmiştir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu hususta; “cezaları arttırma”, “hakem hastaneye gönderme”, “hekime yaptırım uygulama”, “iş akdini feshetme”, “izinleri kısıtlanma”, “kınama verme”, “maaştan kesme”, “maddi ceza verme”, “yasal boyutu uygulama”, “uzak hakem hastaneye gönderme” ve “raporları kısıtlama” kodları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Cezalar artırılabilir. Otoritenin ceza vermesi sağlanabilir.” (Murat Bey, Başhekim)

“Eğer bir kişinin temaruz yaptığına ben kâni getirirsem, buna dair tutanağımı tutarım. 3 tutanak sonunda direkt iş akdi fes edilmiş olur. Bu şekilde bir uygulama olsa mesela...” (Kübra Hanım, SSH)

“Örgütün alacağı önlem işte izin şeyleri kısıtlamaları olabilir, rapor kısıtlamaları olabilir. Bazı kurumlar yapıyorlar öyle mesela.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Net bir yaptırım olması lazım hem hekim açısından hem de alan kişi açısından.” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Hele şunun bir maaşından kes, bir kınama ver, uyarı ver bak bakalım yapacak mı?” (Melek Hanım, Başhemşire)

“Rapor veren kişiye rapor alan kişiye de maddi ceza verilebilir tespit edildiği anda. O anda direk maddi bir ceza verirsiniz o zaten bir süre sonra gerçek bir hastaysa çok kötü olmadığı sürece rapor almaz.” (Hakan Bey, Ünite Sorumlusu)

“... eee kurula gönderme. Şimdi de İzmir, Ankara gibi yerler olacakmış. Böyle bir şey uygulamaya başlamadılar daha ama hep bunu söylüyorlar. Böyle bir düşünceleri var. İki dönemdir toplantı yapıyoruz öyle söylüyorlar.” (Aynur Hanım, SSH)

Temaruz davranışının hakem hastane uygulamasıyla engelleneceği düşünülmektedir. Buna dair Hakan Bey “Ya işte göndereceğim de bugün mü göndersem yarın mı göndersem göndermeyeyim şeklinde. **Heyet için diyorum.**”, Ali Bey “**Bu dediğim şey var ya, hakem heyetine gönderme olayı olursa kimse bu işi suiistimal edemez. Şöyle eğer rapor alırsa bir daha maddi bir külfet olacak ona belki ondan dolayı yapmayabilir.**” ve Meryem Hanım “**Yönetim dediğim gibi bu hakem heyetleri falan yönlendirmeye başlayınca ondan sonra ee biraz şey oldu azaldı. Şu an o korku var.**” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

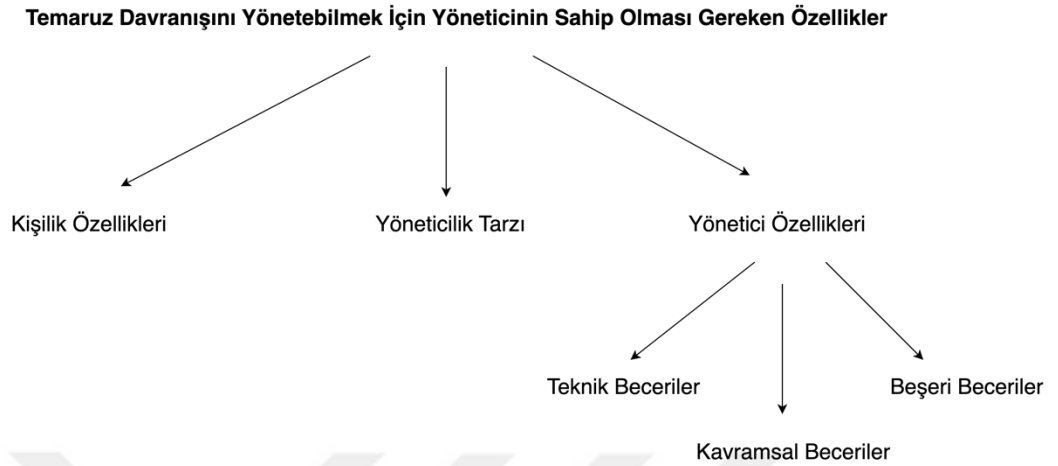
Yasal boyutun uygulanması sayesinde temaruzun önüne geçileceğine dair Melek Hanım “**Yaptırım gücü, yaptırım olması lazım. Kişi bir kere yapmışsa bu davranışı bunun cezasını almalı. Bir daha da buna cesaret etmemeli.**”, Emre Bey “**Cezai yaptırım uygulanması oldukça önemli.**” ve Hakan Bey “**İşin gerektirdiklerini yapmadığı sürece kanunda verilmesi gereken en ağır cezayı direkt vermek. Soruşturma açılıyor, ondan sonra yani ben kanunun da eksik olduğunu düşünüyorum. Soruşturma kısmı her zaman level level gidiyor, işte önce bir uyarı, kınama, aylıktan kesme. Hayır böyle olmamalı. Hatası varsa direkt en ağır yaptırım yapılmalı.**” şeklinde ifadeler ortaya koymuşlardır.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere idare ya da yönetim bu yaptırımları uyguladığı takdirde temaruz davranışı önlenecektir.

4.7.2. Temaruz Davranışını Yönetebilmek İçin Yöneticinin Sahip Olması Gereken Özellikler

Katılımcılara bir yöneticinin temaruz davranışını yönetebilmesi için sahip olması gereken özellikler sorulduğunda verilen cevaplar; “*kişilik özellikleri*”,

“yöneticilik tarzı” ve “yönetici özellikleri” şeklinde 3 kategoride toplanmıştır. Bunları içeren kavram haritası Şekil 38’de yer almaktadır.



Şekil 38. Yöneticinin Sahip Olması Gereken Özelliklere İlişkin Kavram Haritası

4.7.2.1. Kişilik Özellikleri

Temaruz davranışının yönetilebilmesi açısından katılımcılar bazı kişilik özelliklerinin üzerinde durmuştur. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu noktada; “zeki”, “empati kuran”, “ilkeli”, “kavgacı olmayan”, “nötr”, “önyargısız”, “özeleştirici yapan”, “sert”, “uyanık” ve “vicdanlı” kodları oluşturulmuştur. Bunlara yönelik katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Zeki olmak. Zeki olmazsa onu anlayamaz. Yoksa ayakta uyutulur.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)

“Yani şöyle bence, *ilkeli olmalı*.” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“İlk başta kavgacı olmamalı. Genelde insanlar çok meyilli buna, zaten stresli oluyolar çalışma hayatında.” (Leyla Hanım, SSH)

“Yani mizacını hem sert hem de sakın şekilde ayarlamalı. Ne yumuşak ne sert, orta. Ne ajite etmesi gerek ne de yumuşak davranmaması.” (Ayşe Hanım, SSH)

“Yani kimseye karşı önyargılı olmamak lazım.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Lisansta staj yaparken o zamanki halk sağlığı hocamız enteresan bir hikâye anlattı bize. *Derdi ki arkadaşlar ilk başta kendinizden başlayın*.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“... bence öyle çok yumuşak da olmamalı. Biraz daha şey olmalı, yumuşak olunca dediğim gibi ikili ilişkileri olduğu zaman biraz daha suiistimal edilebiliyor. Yüz vermemeli biraz, daha sert olmalı diye düşünüyorum.” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

*“Kişi bu kadar şeyden geçtikçe yani bu kadar sorgulandıkça mı geri çekilirsiniz, yoksa canım bir şey olmaz dendiğinde mi? **O nedenle yönetici sorgulayıcı ve uyanık olması gerek.**” (Leyla Hanım, SSH)*

*“**Vicdanlı olmalı.**” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)*

Yöneticinin sahip olması gereken özellikler bakımından empati kurmaya yönelik Burak Bey “**Empatiyi bilmesi lazım.**” ve Murat Bey “**Biraz empati kurmak da lazım.**” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Görüldüğü üzere yöneticinin temaruz davranışını yönetebilmek için zeki, uyanık olması gerekirken aynı zamanda tarafsızlığını koruması gerekmektedir.

4.7.2.2. Yöneticilik Tarzı

Katılımcılara temaruz davranışını yönetebilmek için yöneticinin sahip olması gereken özellikler sorulduğunda yöneticilik tarzlarına değindikleri görülmüştür. Bu noktada oluşturulan kodlar ise; “anaç”, “diktatör”, “koltuk düşkününü olmayan”, “otoriter”, “adaletli”, “taviz vermeyen” ve “kucaklayıcı” şeklindedir. Katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

*“Devlet ana şefkatli yüzdür. Devlet baba ise sert yüzdür. Yöneticinin de biraz ana olması lazım. Biraz da böyle düşünüyorum ben. Biraz şeye benzettim anneliğe benzer aslında yönetici olmak. **Bak bu da bizim bir abinin tespiti çok beğendim ben tespitini. Belki bir anne evdeki kırk kanaat imkanlarla çocuklarına en güzel yemeği yedirmeye çalışır. Et eksiktir ama en güzel yemeği odur mesela ya yeri gelir bir parça ekmek, bir parça yağla bile güzel bir yemek yapıp çocuklarını doyurmaya çalışır çünkü annedir.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“**Ya zaten bizim yöneticimiz biraz daha diktatör, bu konuda hani elinden geleni yapıyor. Kötü anlamda söylemiyorum başhemşiremiz yani.**” (Aynur Hanım, SSH)*

*“**Bizim gibi ülkelerin en büyük sıkıntısı şu koltuklar insana talip olmuyor insanlar koltuklara talip oluyor. İnsanlar koltuklara talip olduklarından dolayı da...** benim bu odada şahsi telefonum var, çakmağım var, sigaram var, eş dostun getirdiği işte üç beş tane çiçek var, onları da dışarıya koydurdum. Çikolata vardı işte onları da koyuyoruz ortaya insanlar yesin diye. Bugün ben koltuktan vazgeçemeyecek durumda olursam çok eyvah ederim. Kimseye de yok demem ama koltuk geçici bir şey yani buralar, baki ama bizler gidiciyiz.” (Ahmet Bey, Başhekim)*

*“Yeri geldiğinde **otoriter** olmalı.” (Emre Bey, Başhekim Yardımcısı)*

*“Biraz daha **kucaklayıcı** olması lazım...” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Leyla Hanım “Bu davranışa imtiyaz tanımamalı. **Görüp çok fazla göz yummamalı.**” ve Kübra Hanım “Ya ben kesinlikle şeye inanıyorum **tavizin tavizi**

doğurduğuna inanıyorum.” şeklindeki ifadelerle taviz verilmemesi gerektiğinin üzerinde durmuşlardır.

Emre Bey “*Adaletli olmalı.*”, Meryem Hanım “*Ee diyelim sorumluyum adaletli olmak zorundayım.*”, Yusuf Bey “*Adil olmalı. Adalet dediğimiz şey herkese karşı olmalı.*” ve Murat Bey “*Adil olmak ilk başta tabii ki.*” şeklindeki ifadelerle yöneticinin adil olması gerektiğini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere yöneticilerin temaruz davranışını önleyebilmek için adil olması, kucaklayıcı olması ancak yeri geldiğinde otoriter bir duruş sergilemesi gerekmektedir.

4.7.2.3. Yönetici Özellikleri

Katılımcılar temaruz davranışının yönetilebilmesine dair yönetici özelliklerine değinmiştir. Yönetici özellikleri “*teknik beceriler*”, “*kavramsal beceriler*” ve “*beşerî beceriler*” şeklinde üçe ayrılmıştır. Bunlara dair unsurlar Şekil 39’de yer almaktadır.



Şekil 39. Yönetici Özelliklerine İlişkin Kavram Haritası

4.7.2.3.1. Teknik Beceriler

Temaruz davranışını yönetebilmek için sahip olunması gereken özelliklerin neler olduğuna dair soruya katılımcıların verdikleri cevaplardan hareketle “birikimli”, “liyakatli” ve “sağlık hizmetlerinin özelliklerini bilen” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Mesela yöneticinin bana sorarsanız çalışan birinin olması lazım. Zamanında serviste çalışmış, nöbet tutmuş, servisleri az çok bilen, tecrübeli tabii eğitim seviyesi de ona göre. Atıyorum lise mezununu yönetici yapmamalısın, ön lisans mezununu yönetici yapmamalısın. Yok değil ama var ama yapmamalısın ya da atıyorum sadece sendikada çalışmış, orda çalışmış işte nöbetsiz birimlerde çalışmış, teknikerlik görevi yapmış. Bu insanları da yapmamalısın. Hani gerçekten hemşirelik, gerçekten ebelik yapmış, nöbet tutmuş, en az yirmi yılını, on beş yılını geçirmiş ve her konuda tecrübesi olan sadece bir konuda değil her konuda tecrübesi olan insanlar yapılmalı.” (Sevim Hanım, SSH)

“Bence liyakat olmalı. Sadece bu işi gerçekten mesela bir başhekim hastane yöneticisidir ya doktor ne anlar hastane yönetmekten.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

*“... eş zamanlı olarak şunu da algılamak lazım, sağlık hizmetleri kar-zarara indirgenecek hizmetler değil. Kamu yararına yapılır. Bir devletin de asli görevlerinden biri biz sosyal devletiz diyoruz ya sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir şekilde verilmesidir. **Biraz bunları böyle düşünmek lazım. Profesyonel olan yöneticinin de sadece bunun girdi ve çıktı hesabı olmadığını bilmesi lazım. Bir kamu hizmeti sunuyoruz. Bunu kar gütmekten sunuyoruz, çoğu vakit zarar ediyoruz.**” (Ahmet Bey, Başhekim)*

Temaruz davranışının yönetilebilmesi için yöneticinin yürüttüğü işe yönelik bilgi sahibi önem arz etmektedir.

4.7.2.3.2. Kavramsal Beceriler

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu noktada; “çözüm üreten”, “yönettiği alana hâkim”, “problemleri görmezden gelmeyen”, “rol model” ve “sorunları yerinde tespit eden” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“... günü birlik bir yere veriyor ki o insanı daha az göreyim daha az benimle muhatap olsun. Yani bana problem çıkmasın.” (Hacer Hanım, SSH)

“Sorunları yerinde tespit edip...” (Ahmet Bey, Başhekim)

Yöneticinin yönettiği alana hâkim olması gerektiğini Ali Bey **“Bilgi sahibi olmalı, bu konuya ve yönetim yaptığı bütün konulara dair neyi yönetiyorsa.”**, Hakan Bey **“Yönetim bilimi nedir bilmesi lazım. Davranış bilimleri nedir onu bilmeleri lazım. Bunları bilmeden ben çok olacağını düşünmüyorum. Ha bunları bilip de sıkıntı yaşayan var mıdır, vardır ancak o süreci yönetmek yine yöneticinin elindedir.”** ve Ahmet Bey **“Yöneticilikle alakalı bir eğitim kıstası yok. Yeni yeni bu şekilde oluşturulan şeyler var ama bence eğitilmemiz lazım. Mesleğiniz boyunca yapacağınız işlerle alakalı daha fazla bilgi almanız lazım.”** şeklindeki açıklamalarıyla izah etmişlerdir.

Ahmet Bey **“... kalıcı ve akılcı çözümler üretmeye çalışması lazım...”** ve Hacer Hanım **“... diğer arkadaşlarınla iyi gününde de kötü gününde de saygı gösterip aynı şeyi, iyi düşünceyi gösterirsen sana biz de çözüm odaklı yaklaşırız.”** sözleriyle yöneticinin çözüm üretmesi gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Aynur Hanım “**Rol model.** Yani ben öyle rapor alan her sıkıntıyı buraya yansıtan ... normalde çalışırım sıkıntım olsa bile.”, Furkan Bey “... doğru, düzgün gerçekten parmakla gösterilecek biri olması lazım ki tüm yöneticiler böyle olmalı. Bu adam yönetici bilmem kaç kişiyi yönetiyor o adam gerçekten parmakla gösterilmeli ki, örnek alınabilir kişi olmalıdır. **Baktığında ben de bu adam gibi olmalıyım demelidir çalışan...**” ve Ahmet Bey “Siz de şey diyeceksiniz ya Pazartesi Salı geliyorum gerek yok Çarşamba Perşembe gelmeme işte çarşıya gideyim, şuraya gideyim bunu yapayım edeyim. Sonra sorumlu kişinin de üstüne gitmeniz gerekir. Siz orda sorumlusunuz birileri de sizi gazlayacak aman hocam böyle kuvvetlisin böyle şeysin. Onun ifadesini alacaksınız, diyeceksiniz ki sen bugün niye işe gelmedin ver bakalım ifadeni. Onun ifadesini aldığınız vakitte o size zehir zemberek bir yazı yazacak. Siz işe niye gelmedin diye soru sorduğunuzda o cevaplarını işte hastanemiz sorumlu hekimi doktor bilmem kim Pazartesi günü saat 10.30’da hastaneye gelmiştir. Salı günü saat 15.30’da çıkmıştır. Perşembe, Çarşamba ve Cuma günleri hiç işe gelmemiştir. Siz bunu okuduğunuz vakitte kafanızdan aşağıya kaynar sular dökülecek, tamam diyeceksin, evladım bu sefer senin ben ifadene başvurmayacağım. Bir daha da bunun üstüne gitmeyeceksiniz. **Yani ilk önce kendimizden başlamak lazım. Siz önce doğru çalışacaksınız. Yönetici doğru olacak.**” ifadeleriyle yöneticinin rol model olması gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki açıklamalar gösteriyor ki temaruz davranışının önlenmesi için yöneticinin kavramsal beceriye yani yönetsel anlamda yeteneklere sahip olması gerekmektedir.

4.7.2.3.3. Beşerî Beceriler

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu hususta; “dışa dönük”, “gözlem yapabilen”, “iç içe olan”, “anlayışlı” ve “informal ilişkileri önemsemeyen” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“.... **iletişim içerisinde olması lazım, kapalı olmaması lazım...**” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Dinlemeli, anlamalı, görmeli, **gözlemci olmalı** ve idareciler servis sorumlularını bizzat dinlemeli ya da dinlemiyorsa servis servis gezebilir mesela.” (Sevim Hanım, SSH)

“Ben süreç içerisinde şunu da öğrendim aslında, **iletişim içerisinde olduğunuz vakit çoğu şey çözülebiliyor.**” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Katılmalı, eğitimine katılmalı bir şeye katılmalı. Ben tedavi yapıyorum mesela, gelsin tedavimi izlesin, ben pansuman yaparken.” (Sevim Hanım, SSH)

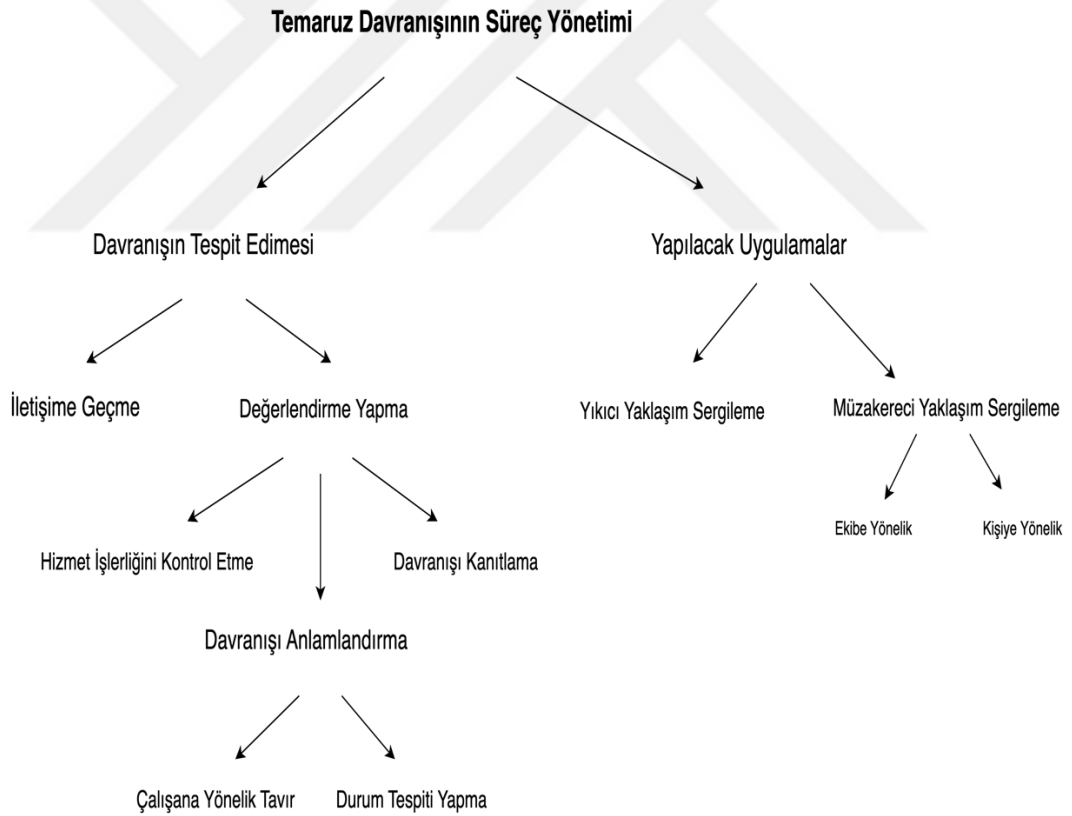
“.... onların da sosyal hayatlarının olduğunu düşünmek gerekebilir bizler, idareciler açısından. Biraz daha anlayışlı olmak lazım.” (Fatih Bey, Başhekim Yardımcısı)

“... dediğim gibi ikili ilişkileri olduğu zaman biraz daha suiistimal edilebiliyor.” (Ali Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

Bu ifadeler gösteriyor ki temaruz davranışının yönetilebilmesi için yöneticilerin insan ilişkileri ve iletişim becerilerinin olması gerekmektedir.

4.7.3. Temaruz Davranışının Süreç Yönetimi

Katılımcılara «Temaruz davranışı nasıl yönetilmeli?» diye sorulduğunda verilen cevaplar; “davranışın tespit edilmesi” ve “yapılacak uygulamalar” şeklinde 2 temaya ayrılmıştır. Bunlara yönelik kavram haritası Şekil 40’ta yer almaktadır.



Şekil 40. Temaruz Davranışının Süreç Yönetimine İlişkin Kavram Haritası

4.7.3.1. Davranışın Tespit Edilmesi

Temaruz davranışının süreç yönetimine dair katılımcılar öncelikli olarak davranışın tespit edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu bağlamdaki unsurlar; “iletişime geçme” ve “değerlendirme yapma” şeklinde 2 kategoride toplanmıştır.

4.7.3.1.1. İletişime Geçme

Davranışın tespit edilmesinde yöneticiler ilk olarak davranışı sergileyen kişiyle iletişime geçmelidir. Bu bağlamda oluşturulan kodlar ise; “açık iletişim kurma”, “önce konuşma” ve “davranışla ilgili konuşma” şeklindedir. Bunlara yönelik katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“Alırım seni karşıma konuşurum. Evet seni karşıma aldım, açık açık konuşuyoruz. Gerçekten sorun neyse onu konuşmak gerek.” (Ayşe Hanım, SSH)

Temaruz davranışı ile karşı karşı olan yönetici çalışanıyla öncelikle konuşmalıdır. Bu unsura dair Melek Hanım *“Konuşuyorum önce. Görüşme yani yüz yüze görüşme yapıyoruz biz genelde.”*, Aynur Hanım *“... hep konuşuyorum. Konuşmak zorundayım hani sen çalışıyorsun şu anda bunu nasıl bırakıp gidersin.”*, Leyla Hanım *“Fark ettiğimde bu kimse işe geldiğinde ilk başta konuşurum.”* ve Burak Bey *“Sadece düzgün bir şekilde bundan benim haberim olduğunu, ee bu yaptığı işte yalan hastalığını benim anladığımı belirten bir konuşma yaparım.”* şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

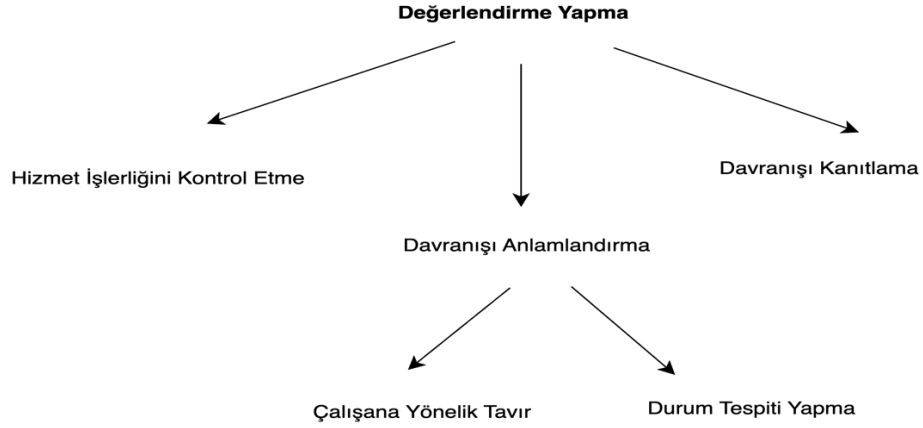
Çalışanla davranışa yönelik konuşulması gerektiğini Hülya Hanım *“Hani en azından hemşirenin kendisine de ya sen niye rapor aldın neden rapor aldın bak sen rapor aldığın için biz sorumluna bir sürü yüklendik.”*, Hakan Bey *“Biraz da hani şey, nasıl diyeyim, etik bir davranış olmadığını ona anlatmak gerek personele.”* ve Leyla Hanım *“Bak senin bu davranışın yüzünden şu insanlar sıkıntı yaşadı, biz sıkıntı yaşadık. Sen bu yaptığınla kaç kişinin hakkına girdin.”* şeklindeki ifadelerle ortaya koymuşlardır.

Bu noktadaki fikirler gösteriyor ki yönetici temaruz davranışını yönetebilmek için ilk etapta bu davranışı sergileyen çalışanı ile iletişime geçmelidir.

4.7.3.1.2. Değerlendirme Yapma

Temaruz davranışı noktasında yöneticinin davranışa dair bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Bu bağlam; “davranışı anlamlandırma”, “hizmet işlerliğini

sürdürme” ve “davranışı kanıtlama” şeklinde üçe ayrılmıştır. Bunlara dair kavram haritası Şekil 41’de verilmiştir.



Şekil 41. Değerlendirme Yapmaya İlişkin Kavram Haritası

■ Davranışı Anlamlandırma

Davranış değerlendirilirken sergilenen davranışın anlamlandırılması ya da bir başka ifadeyle gerçekten temaruz davranışı olup olmadığının anlaşılması gerekmektedir. Buna yönelik unsurlar “çalışana yönelik tavır” ve “durum tespiti yapma” şeklinde ikiye ayrılmıştır.

Çalışana Yönelik Tavır

Katılımcılarla yapılan görüşmeler neticesinde bu noktada; “istikrarlı davranma”, “ısrarla muayene etmeme”, “olayı kişiselleştirmeme”, “önyargılı yaklaşmama”, “profesyonel düşünme”, “üzerine gitmeme”, “bağırıp çağırmama”, “fazla eleştirmeme” ve “etiketlememe” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara ilişkin katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

*“Yönetimde **istikrarlı bir davranış**. Tüm yönetim olarak en tepeden en aşağıya kadar. Herkesin aynı fikirde olması bu konularda.” (Melek Hanım, Başhemşire)*

*“**Hastayım, rapor aldım ve ısrarla muayene ediyorlar.**” (Ayşe Hanım, SSH)*

*“**Yani kimseye karşı önyargılı olmamak lazım, ben hep öyle inanırım ve profesyonel davranmak gerektiğine inanırım. Yani duygusal davranmak bu tarz durumlarda yıkıcı olur. Hep bize çocukken şey anlatırdı, yalancı çoban diye bir hikâye anlatırdı. Bu önemlidir mesela. Bu insan defaatle rapor kullanması veya suiistimal etmesi gerçekten hasta olmayacağı manasını çıkarmaz. Ona karşı onun için hep profesyonel yaklaşmak***

lazım, profesyonel düşünmek lazım. Onu da göz ardı etmemek lazım.”
(Ahmet Bey, Başhekim)

“Şöyle söyleyeyim ben bunu yapan arkadaşımın da çok üstüne gitmemeye özen gösteririm. Çünkü üstüne giderseniz sen şunu yapıyorsun dersiniz, size karşı çok agresifleşir.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

“... yani bağırsın çağırırsın ama bir insan da ne kadar yönetici olursa olsun bağirmaya hakkı yoktur bence.” (Burak Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Tabii onları da çok fazla eleştirmiyoruz ama uyarıyoruz. Fazla da eleştirmiyoruz çünkü şöyle de bakıyorum çünkü bir hata yaptığında hastaya zarar veriyor. Kafasının da rahat olmasını istiyorum.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Ve dediğim gibi bu bir kere çok etiketlenecek bir durum değil. Bunu destekleyen başka davranışları da varsa...” (Hacer Hanım, SSH)

Yöneticilerin olayı kişiselleştirmemesi noktasında Hacer Hanım *“Tabii kişiselleşiyor olay genel olarak çözemediğim, bulunduğum ortamda huzurum bozulduğu için elimden geldiğince ben doğru bir şekilde davranmaya çalışırım.”* ve Burak Bey *“Duygusal boyut olduğunda kişisele de dönüşebilir, kavga dövüş çok duydum ben.”* sözleriyle açıklamalarda bulunmuşlardır.

Bu ifadelerden görüldüğü üzere yöneticilerin temaruzla karşılaşması halinde daha objektif bir tavır içerisinde olması gerekmektedir.

Durum Tespiti Yapma

Katılımcılar temaruz davranışının neden sergilendiğinin anlaşılması gerektiğini dile getirmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkıldığında bu bağlamda; “davranışı anlama”, “işini sevip sevmediğini anlama” ve “insanoğlunu tanıma” kodları ortaya çıkmıştır. Bu kodlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“İnsanları biz sağlık olarak tanımlarken kişinin hem vücut hem de psikolojik olarak iyi olması gerektiği şeklinde tanımlarız. Normalde bir kişi kadın doğumdan rapor almış olabilir ama kişinin o an psikiyatrik bir sıkıntısı da olabilir. İnsanoğlu tek düze bir yaratık da değil. Buradaki asıl sıkıntı şu tekrarın olup olmaması.” (Ahmet Bey, Başhekim)

Yöneticiler temaruz davranışının anlaşılması gerektiğinin üzerinde durmuşlardır. Buna dair Ayşe Hanım *“Kişinin bunu bilinçli yapıp yapmadığı netleşmeli. Yani bunu niye yapıyor aslında. Kişiyi karşına alırsın, neden ısrarla rapor alırsın neden çalışmak istemiyorsun diye sorarsın. Bunu konuşmalı mesela. Kurumda direkt amir şey ilişkisinden ziyade artık bir*

yerden sonra kurumun başındaki seni karşısına bir abi abla olarak almalı bence. Neyi sevmiyorsun, yapamadığın ne var. İnsanoğlu beşer şaşar. Sen bunu yapabilirsin ama belki ben bunu yapamayabilirim. **O yüzden altta yatan sebepleri anlamak lazım. Bu insanın bu hale nasıl geldiğini anlamak lazım. Bunu araştırmak da koca bir derinliğe inmek gibi. O da çok zor.**”, Hacer Hanım “... **bunun altındaki şeyi bulmak lazım yani neden çalışmak istemiyor, neden mazeret uydurma gereksinimi hissediyor. Bence buraya inmek lazım.**”, Ahmet Bey “... münferit hadiselerin haricinde geriye kalan kısım bunu bir alışkanlık haline geldiğini düşünürsem veya tekrarladığını düşünürsem o zaman burada **başka sebepler araştırılması gerektiğine inanırım.**” ve Yusuf Bey “Onun dışında da sürekli sürekli zaten bunu yaparsa **hani bunun kaynağı araştırılır veya şeyine bakılır hakikaten ne problem var diye.**” şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Hacer Hanım “**Yapmak istemediği bir işi yapıyorsa mesleğini değiştirmesi ya da sevmesi iki seçenek olur o zaman. Sevmesi için ne yapabiliriz.**” ve Ayşe Hanım “**Yanlış meslek seçimleri çok önemli bence. Bir insanın bir şeyleri severek yapması lazım. Bu tek iş için değil bu her şey için. Bir insanın bir şeyleri severek yapması çok önemli. Sevginin bittiği yerde bahane başlar diyorlar ya, işte aynı. Çalışma isteğinin bittiği yerde bahaneler başlar. Hastayimler başlar, işim varlar, rapor almalar, gelmemeler başlar, istifalar bile olabilir.**” sözleriyle durum tespiti yaparken kişinin işini sevip sevmediğini anlamak gerektiğini dile getirmişlerdir.

Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere yönetici temaruzla karşılaştığında davranışın neden sergilendiğinin izini sürmelidir.

▪ Hizmet İşlerliğini Kontrol Etme

Katılımcılar temaruz davranışının süreç yönetiminde sağlık hizmetinin sürekliliğinin zarar görmemesi gerektiğini düşünmektedirler. Bu noktada oluşturulan kodlar ise “hekimlerin otoritesini düşünme”, “kurumlar arası sıkıntıları düşünme” ve “sağlık hizmetinin sürekliliği” şeklindedir. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Hastayım rapor aldım ve ısrarla muayene ediyorlar. Bir de hekimler arası güven yitirilir. Sonuçta bu hekim, sana bu raporu hekim vermiş. Bu adam beni muayene etmiş. Hâlâ raporluyken muayene, beni tekrar muayene edersen o hekime güvenmiyor olursun. Kurumlar arasında

büyük sıkıntıya sebep olur bu. Ben senin hekimliğini sorguluyorum diyorsun bir hekime aslında.” (Ayşe Hanım, SSH)

“Bugün o gelmedi hastanın da tedavisi kalsın asla diyemezsin.” (Ayşe Hanım, SSH)

“Önemli olan hastaya yani bizim şeyimizde hastaya doğru zamanda doğru bilginin doğru bir şekilde aktarılmasıdır ve bu hastanın doğru yönlendirilmesidir olay. Hani bunu o yapmış bu yapmış hiç önemli değil. Önemli olan oradaki kişi değil.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

Yönetici aynı zamanda sağlık hizmetin devamlılığını sağlayarak hareket etmeli ve kararlar alırken bu unsuru hesaba katmalıdır.

▪ Davranışı Kanıtlama

Katılımcılar temaruz davranışının süreç yönetimi açısından davranışın kanıtlanması gerektiğinden bahsetmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu noktada; “alternatif fikirler alma”, “genel geçer karar vermeme”, “gerçekten hasta olup olmadığını anlama”, “teyit yöntemlerini çeşitlendirme”, “rapor isteme”, “raporları kontrol etme”, “yöneticinin yalan konuşabileceğini hesaba katma” ve “kanıtlamasını sağlama” kodları oluşturulmuştur. Bunlara dair açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Şu da var mesela, bazen kişiler doğru şekilde tedavi edilmiyor da olabilir. Başka alternatif fikirlerin alınması da hasta açısından fayda sağlayabilir. Şöyle düşünün, siz boynunuz ağrıyor zannediyorsunuz, geçen öyle bir hastamız oldu. Hastanın bacak ağrısı var. Doktora gidiyor oradaki doktorlar da umurlarınızla alakalı veya umurlarınızda sıkıntı var diyor, bel fıtığınız var diyor. Tedavi veriyorlar falan, hasta kötüleşiyor, bacaklar morarmaya başlıyor. TR’ye geliyorlar. Bu hastanın bacak damar tıkanıklığı olduğu ortaya çıktı. Bunu şundan anlattım, ben size kişinin normalde kadın doğumdan bir tedavi almasına gerek yok ama psikiyatriste de gerekiyor olabilir. Bazen şu da olabilir, mesela kişinin çok cros bir problemi vardır. Ben buradaki bütün insanların ne durumda olduğunu bilemeyebilirim.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Hizmet sağlayan insanlar da neticede insan. Buralarda genel geçer karar vermek lazım yani bireye özgü kararları genele yaymak lazım.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Rapor alan herkesi hakem hastaneye gönderdik bir ara. Aslında ikinci bir teyit yöntemi. Konuyu öyle algılamak lazım.” (Ahmet Bey, Başhekim)

“Sağlık probleminden dolayı tutmayabilir ama bunu raporlandıracak.” (Melek Hanım, Başhemşire)

“Öyle bir durumda diyorum ya bakıyorsun öyle bir durumda ben doktora git, raporunu al diyorum, ilacını yazdır, geçmiş olsun diyorsun. Zaten oradaki sorumlunun yapacağı başka bir şey yok ki. Bunun dışında ne yapabilir? Yani hastayım hastayım diyor ben buna ne yapabilirim kamu

kurumunda. Git evinde yat da diyemem. Diyemem, ne demem gerekiyor izin al ya da doktora git hakikaten hastasın. Rapor yazsın, tedavi versin eee işte istirahat mı verdi ne yaptı ona göre yoluna çaresine bak dersin. Onun dışında bizim yapabileceğimiz bir uygulama da yok. Yönetici ne diyecek, ay çok rahatsızsın, git 3 gün evde yat mı diyecek, diyemez. Öyle bir yetkisi yok çünkü. İstirahat iznini sadece doktor verebilir. Bizde de diyorum ya en fazla gidersin doktora gönderirsin.” (Yusuf Bey, Laboratuvar Sorumlusu)

“Daha rapor aldın getir bakalım sen ne aldın, ne yaptın bir görelim.” (Furkan Bey, Ünite Sorumlusu)

“Belki ben yalan söylüyordumdur. Bir de bu açıdan en üst yönetici araştırmalı, bakmalı. Belki benim kişiye karşı bir şeyim vardır. O da olabilir.” (Yağmur Hanım, Laboratuvar Sorumlusu)

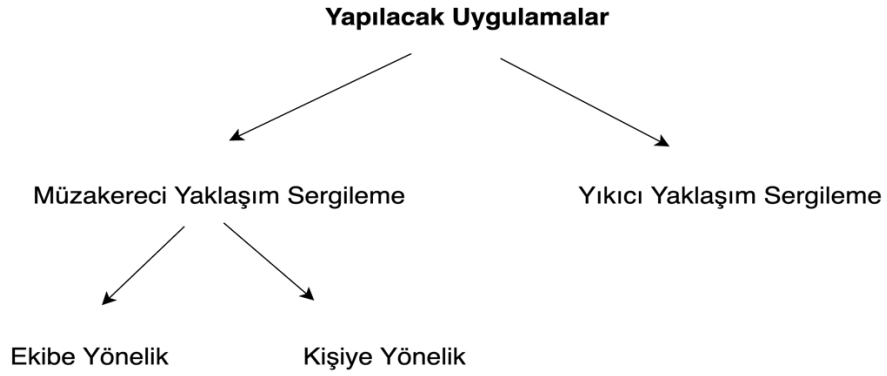
“Bunun sağlamasını yapmaya çalışmak en kolayı. Kişinin iddia ettiği şeyi kanıtlamak. Bu ister kişi tarafından ister yönetici tarafından kanıtlansın. Bence karşı taraf yani iddiayı ortaya atan kanıtlamakla mükellef olduğu için karşı taraf kanıtlasın. Eğer o becermiyorsa idare bunu yapmaya çalışsın. Bence sağlamasını yapmak lazım.” (Murat Bey, Başhekim)

Yağmur Hanım **“Bence bunun ilk önce fiziksel bir hastalığının olup olmadığının kanıtlanması gerekir. Tam teşekküllü olarak bir bakılmalı.”** ve Murat Bey **“Gerçekten bunu düşünüyor da olabilir karşı taraf. Böyle inanıyor da olabilir. Çalışma konuna belki tam şey olmuyor ama. Öyle değildir belki ama böyle kendini inandırır. Hani ne o taraftadır psikolojik tarafta ne de tam olarak rol yapan tarafta. Belki böyle ortada olabilir. Ortada birisi de olabilir.”** şeklindeki sözlerle kişinin gerçekten hasta olup olmadığının üzerinde durulması gerektiğine değinmişlerdir.

Bu açıklamalar gösteriyor ki temaruz davranışının yönetilmesi sürecinde yöneticinin çalışanın durumunu anlayarak davranışın gerçekten temaruz olup olmadığının üzerine gitmesi gerekmektedir.

4.7.3.2. Yapılacak Uygulamalar

Temaruzun süreç yönetiminde davranışı tespit ettikten sonra yapılacak uygulamalar gelmektedir. Bu noktada katılımcıların ifadeleri **“müzakereci yaklaşım sergileme”** ve **“yıkıcı yaklaşım sergileme”** olmak üzere 2 kategoriye ayrılmıştır. Bunlara dair unsurlar Şekil 42’de verilmiştir.



Şekil 42. Yapılacak Uygulamalara İlişkin Kavram Haritası

4.7.3.2.1. Müzakereci Yaklaşım Sergileme

Katılımcılar temmuz davranışını yönetebilmek için daha ılımlı uygulamalardan bahsetmiştir. Nitekim bu unsura dair ifadeler “*kişiyeye yönelik*” ve “*ekibe yönelik*” olarak ikiye ayrılmıştır.

▪ Kişiyeye Yönelik

Katılımcıların açıklamalarından hareketle bu hususta; “sürekli yer değişikliği yapmama”, “yenilenince işlem yapma”, “topluma kazandırmaya çalışma”, “diğerlerine etkisi anlatma”, “çalışanın durumunu hesaba katma” ve “vazgeçmeme” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair açıklamalara aşağıda yer verilmiştir.

“Hani bir şekilde bakman lazım ya da bu insana, servis servis her ay değiştiremezsin.” (Sevim Hanım, SSH)

“Bu insanı evet direkt vazgeçiremiyoruz ama yine de bir şeyler yapmak lazım.” (Sevim Hanım, SSH)

*“... herkes her yerde çalışamaz bir de öyle bir şey var. Kimi yeni doğanda evet yapabilir, kimi mesela ameliyathanede yapan kişi serviste yapamıyor mesela, öyle de bir şey gördüm ben o da var. **Onlara göre hareket edilmeli bence. Çalışanların durumuna göre hareket edilmeli ki çalışanlar da mutlu olur...**” (Sevim Hanım, SSH)*

Kübra Hanım “**Yine aynı problemler baş verirse, eğer kendisi zaten problemlı kişi her alanda problemlı olacaktır. Yani gereği yapılır diye düşünüyorum.**” ve Leyla Hanım “**Olur da devam ederse yukarı bildiririm heyete gitsin diye.**” sözleriyle davranış yenilendiği zaman işlem yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Ayşe Hanım “O zaman beni bir şeye verip, beni **topluma kazandırmak da var.**” ve Yağmur Hanım “**Benim özelliğim o kişiyi, insanı kazanmaktan yanadır hep.**” sözleriyle kişinin topluma kazandırılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Leyla Hanım *“Yaptığının başta farkına varması gerek... Sen bu yaptığınla kaç kişinin hakkına girdin. Bir daha yapmamasını söylerim”*, ve Yağmur Hanım *“Bu davranışla verdiği zararı ona benim anlatmam gerek.”* şeklindeki açıklamalarla kişinin yaptığıının farkına varması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Bu noktadaki açıklamalar gösteriyor ki temaruzun süreç yönetiminde daha sorun çözücü bir anlayışın benimsenmesi gerekmektedir.

▪ Ekibe Yönelik

Katılımcılar temaruz davranışı madolyonunun bir diğer tarafı olarak ekibin dikkate alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu bağlamda oluşturulan kodlar ise; “destek personeli sağlama”, “ekibi mağdur etmeme” ve “problemsiz ortama göndermeme” şeklindedir. Bunlara yönelik açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

“Onlarla diğer çalışan ekibin biraz daha en azından çok da demoralize etmeden, şeylerini mesai saatlerini arttırmadan, onların sosyal hayatına ekstra müdahale etmeyecek takdirde insanların mesaisi düzenlenecek şekilde ekstra eleman çekilebilir.” (Kübra Hanım, SSH)

“Evet mesela diyelim ki birisi bir ortamda problemlili onu alıp problemsiz ortama koyma. Problemi çözmek değil de yani şöyle hiçbir yer huzurlu kalmayın. O kişiye hani sen bunu düzeltmen gerekiyor, sorunlu yani sonuçta yer değişikliği oda mekân değil ki sorun, sorun sensin. Sen değişeceksin senin birinci kata ikinci kata üçüncü kata gidiyor, olman bir şeyi değiştirmiyor. Sen kendini değiştireceksin. Bu kişi ödüllendirilirken huzurlu ortam da cezalandırılmış oluyor.” (Hacer Hanım, SSH)

Kübra Hanım *“... onun ceremesini tüm ekip çekmemeli bence.”* ve Hacer Hanım *“Yani mümkün olduğunca korumaya çalışırım ekibimi de kendimi de bu davranışlardan.”* sözleriyle davranış neticesinde ekibin mağdur edilmemesi gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Bu ifadelerden anlaşıldığı üzere yöneticinin aynı zamanda ekibi mağdur etmeyecek uygulamaları düşünmesi ve ona göre karar vermesi gerekmektedir.

4.7.3.2.2. Yıkıcı Yaklaşım Sergileme

Temaruz davranışının yönetilebilmesi bakımından bazı katılımcılar yıkıcı tavır sergilemenin üzerinde durmuşlardır. Katılımcıların ifadelerinden hareketle bu hususta; “aynı alanda çalıştırmama”, “cezaî yaptırım uygulama”, “yer değişikliğinin işe yaramaması”, “istemediği yere görevlendirme”, “konuşarak çözememe”, “üst makama

gönderme” ve “hakem hastane uygulaması” kodları ortaya çıkmıştır. Bunlara dair katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“He evet, burada yapamadı, başka bir alanda çalışsın gibi başka yere yönlendirmek ama ben ee eğer şeyin toplumun da kanayan yarası olacaksa eğer ekibin bir parçası olmak yerine ekibin sırtındaki yük olması yerine ben aynı alanda çalışmaya çok da şey bakmıyorum. Olumlu bakmıyorum.” (Kübra Hanım, SSH)

“... yani sonuçta yer değişikliği oda mekân değil ki sorun, sorun sensin.” (Hacer Hanım, SSH)

“... çok istemediği yerlere veriyor bir süre en azından.” (Aynur Hanım, SSH)

“... çünkü konuşarak da çözemiyorsun.” (Melek Hanım, Başhemşire)

Yusuf Bey “Bakarsın çağırırsın, adamı **bir üst makama gönderirsin**, dersin ki bu şekilde bir personel var. Şey yaparsın ilgili birimlerle görüşürsün, iletirsin yani onun dışında yaptırım olarak ne yapabilir ki?” ve Leyla Hanım “Bir daha yapmamasını söylerim. Olur da devam ederse yukarı bildiririm heyete gitsin diye.” ifadeleriyle kişinin üst makama gönderilmesine değinmişlerdir.

Hakem hastane uygulamasına dair Ayşe Hanım “**Hakem hastaneye yolluyor bizim hastane. Bir etkisi olmuyor.** Kafa sallaya sallaya gidiyoruz. Şimdi şöyle bir şey var ama mesela sen doktorsun ben seninle samimiyim ben geldim senden 10 günlük ÜSYE raporu aldım. Bu rapor bir ay sonra hakem heyetine gidiyor. Bir ay sonra hakem heyeti benim grip olmadığımı bana kanıtlayabilir mi? Kulağım ağrıyordu, beş gün rapor aldım. Bir ay sonra benim ağrım geçti. Ne yapabilirim iltihap vardı ilaç kullandım geçti. Hakem heyeti de artık yoruluyor, gelmeyin diyor. Hemen de yollanmaz ki, zaten hasta olduğunu öne sürerek rapor almışsın. Rapor sürecinde seni zaten çekemez hakem heyeti karşısına.” ve Burak Bey “**Şimdiye kadar hakem hastaneden böyle bir dönüş olduğunu hiç görmedim.** Asla da olamaz yani ama sadece seninle uğraştığını gösterir.” ifadeleriyle hakem hastane uygulamasının dair ifadeler koymuşlardır.

Melek Hanım “Ya bence **cezai yöntem...**”, Elif Hanım “... keyfi olan ya da bir sosyal medyada paylaşılan fotoğraf yasal olarak suç olduğundan **işleme koyulabilir.**” ve Yağmur Hanım “**Tam teşekküllü olarak bir bakılmalı. Ondan sonra kınamasını, cezasını vermek lazım.** Kınama cezası uygulamalı ben seni araştırdım hiçbir şey yok.” şeklindeki açıklamalarla cezai yaptırımın üzerinde durmuşlardır.

Bu noktadaki ifadelerden anlaşıldığı üzere temaruzun yönetilmesi için yöneticinin daha sert uygulamalardan yararlanması gerekmektedir.

Bu bulgulardan hareket edildiğinde temaruzu önlemek için yapısal ve yönetsel stratejilerin ileri sürüldüğü görülmektedir. Yapısal önemlerde sistemsel bazı değişiklikler beyan edililirken, yönetsel önlemlerde yöneticilerin alması gereken tedbirlerin üzerinde durulmuştur. Yine yöneticinin temaruzu yönetebilmesi için sahip olması gereken kişilik ve yönetici özellikleri ve yöneticilik tarzı ortaya konmuştur. Şayet bir yöneticinin bütün önlemlere rağmen temaruzla karşılaşması halinde öncelikli olarak davranışı tespit etmesi ve sonrasında yapacağı uygulamaya karar vermesi gerekmektedir. Davranışın tespitini yaparken çalışanıyla iletişime geçmeli, davranışa yönelik değerlendirme yapmalıdır. Sonrasında çalışana yönelik müzakereci ya da yıkıcı bir yaklaşımla yaklaşabilir ve yapacağı uygulamaya karar verebilir.

5. BÖLÜM

DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Sağlık çalışanlarının sergiledikleri temaruz davranışını yöneticilerin gözünden ele alan bu araştırmada nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Kendi çalışanları üzerinden bu davranışı gözlemlemiş yöneticilerle derinlemesine görüşmeler yapılmış ve bundan ötürü bu çalışmada nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji tercih edilmiştir. Bu bölümde görüşmeler neticesinde ele edilen bulguların değerlendirilmesine yer verilmiştir. Kendi çalışanları üzerinden temaruz davranışı deneyimini ortaya koyan farklı yönetim pozisyonlarındaki 20 kişiden elde edilen bulgular; çalışan ve yöneticilik algısı, temaruz davranışının nedenleri, temaruz davranışı sergileyenlerin özellikleri, temaruz davranışının fark edilmesi ve yorumlanması, temaruz davranışının nasıl sergilendiği, temaruz davranışının sonuçları ve temaruz davranışını önleme stratejileri şeklinde üst temalar altında toplanmıştır.

Her işletmede olduğu gibi hastanelerde de performans kayıpları yaşanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda kilit rolü olan sağlık çalışanlarının temaruz davranışını anlamak için yola çıkılan bu araştırmada kendi çalışanlarında bu davranışı gözlemlemiş yöneticilerle yapılan görüşmeler neticesinde temaruz davranışının unsurları ortaya konmuştur. Bu noktada ortaya konanları nitel araştırmanın felsefesi gereği genelleme gayesi içine girmemek gerekmektedir.

Sağlık sektöründe lokomotif görev üstlenen sağlık çalışanları, insanlara sağlık hizmeti sunmayı hedeflemektedirken birtakım nedenler ya da motivasyonlarla temaruz davranışını sergilediği takdirde hizmet sunumunda sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle mikro ölçekte sağlık çalışanlarının kendi kurumuna dair sonuçları olan bu davranışın aynı zamanda makro boyutta sağlık sistemine yansımaları olmaktadır. Başka bir açıdan sağlık çalışanlarının amacı sağlık hizmeti sunmak iken temaruz davranışına başvurmaları bir ahlâki ikilem olarak ele alınabilir. Öyle ki temaruz davranışı toplumda her iş kolunda görülebilen bir davranış olsa da özellikle sağlık hizmeti sunumunu sağlayan çalışanların bu davranışlarını anlayabilmek ve irdelleyebilmek önem arz etmektedir. Temaruz davranışının çekirdeğini oluşturan katman bireyin

kendi motivasyonu, başka bir deyişle elde etmek istediği kazançlardır. Aynı zamanda davranışın nasıl sergilendiği temaruz davranışı fenomeninin davranış örüntülerini göstermektedir. Temaruz davranışının yalnızca bireyin kendisine değil, kişinin etrafındaki diğer insanlara ya da çalışma arkadaşlarına, paydaşlara ve hatta sağlık sistemine yansıyan yönleri bulunmaktadır. Temaruz davranışına yönelik neler yapılması ve nelerin izlenmesi gerektiğini ortaya koyan stratejiler, yöneticilerin gözünden ortaya konmuştur. Nitekim bu noktayı yöneticilerin gözünden ele almak değerli gözükmemektedir.

5.1.1. Çalışan ve Yöneticilik Algısına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların kendi çalışanlarına dair algısını anlayabilmek adına sorulan soruya verilen cevaplardan elde edilen bulgular neticesinde “çalışan algısı” ve “yöneticilik algısı” şeklinde iki üst tema meydana gelmiştir. Yöneticiler çalışanlarına dair algılarını iş ve kişiye yönelik unsurlara vurgu yaparak açıklamıştır. Ünlü yönetim kuramcısı McGregor’ın X ve Y Teorisi yöneticilerin çalışanlarını nasıl algıladığını ve nasıl gördüklerini irdelemektedir. Nitekim X Teorisi yönetici özelliklerine sahip kişiler çalışanlarını, çalışmaktan hoşlanmayan ve mümkünse çalışmaktan kaçan olarak görmekteyken Y Teorisi yönetici özelliklerine sahip olanlar ise çalışanlarını sorumluluk sahibi olan ve çalışmaktan kaçmayan şeklinde algılamaktadır (Koçel, 2020: 252-253). Bu çalışmada katılımcılar işe yönelik olarak çalışanlarını ifade ederken onların olumlu ve olumsuz yönlerinden bahsetmişlerdir. Olumlu özellikler noktasında yöneticiler çalışanlarının işini sevdiklerini ve işe yönelik aidiyetlerinin olduğunu düşünmektedirler. Olumsuz açıdan katılımcılar çalışanlarını çalışmak istemeyen ve çalışmaktan kaçan şeklinde algılamaktadırlar.

Yöneticiler çalışanlarına yönelik algısını ortaya koyarken kişilik özellikleri noktasında olumlu -çalışkan, özverili, iyi ve yardımsever gibi- nitelemeler yapmışlardır. Aynı şekilde tembel, idealist olmayan ve fazla söylenen gibi sıfatlarla çalışanlarını ifade eden yöneticiler olumsuz özelliklerin üzerinde durmuşlardır. Öte taraftan kimi katılımcılar çalışanlarını belirli kalıplar içerisine sokmamaya özen göstermişlerdir. Yöneticilerin çalışanlarını bir kalıp içerisinde ele almamasını Reddin’in Z Kuramı ekseninde ele almak yerinde olacaktır. Bu kuram, çalışanları genellemenin yanlış olduğunu ifade etmektedir. Yine bu kurama göre her insanı aynı kategori altında ele almak manasız görünmektedir (Bul, 2007: 25). Nihai olarak

araştırmanın katılımcılarının bir kısmının bu şekilde bir görüşe sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcılar yöneticilik tarzlarına dair; paternalist, profesyonel, otokratik, edimsel ve yenilikçi yönetici yaklaşımlarından bahsetmişlerdir. Gerçek (2018: 101)'e göre paternalist liderler; astlarının duygusal ihtiyaçlarına önem veren, onları koruyan ve yardım eden bir özellik taşımaktadırlar. Yöneticilerin ifadelerine bakıldığında çalışanlarıyla iletişim halinde olma, samimi bir ortam oluşturma, çalışanlara yardımcı olma ve zorluk çekmelerini istememe gibi konularına değinenlerin paternalist bakış açısına sahip oldukları fark edilmiştir.

Katılımcılar birimleri gezen, geri bildirimleri yeterli görmeyen, iş bölümü yapan, iş ve arkadaşlığı ayıran, sahayı gören ve olayları yerinde tespit eden şeklinde ifadeleriyle profesyonel yöneticilik anlayışına dikkat çekmişlerdir. Yine diğer bir yöneticilik tarzı olarak otokratik yaklaşımın ağır bastığı unsurlarda disiplin, hiyerarşi, işin yürümesini sağlama gibi ifadelerin kullanıldığı görülmüştür. Aynı şekilde katılımcılar; edimsel yönetici tarzına kalıcı ve hızlı çözüm arama, sorunları çözme, emeğinin karşılığını verme şeklindeki ifadelerle vurgu yapmışlardır. Son olarak bir katılımcının bürokrasiyi engel olarak gördüğünü ifade eden açıklamaları ise yenilikçi yönetici yaklaşımı içerisinde yer almıştır.

Bu araştırmanın yürütüldüğü kişilerdeki çalışan ve yönetici algısı araştırmanın amacı bakımından kıymete değerdir. Öyle ki çalışanını X tipi olarak gören ya da o şekilde tanımlayan bir yöneticinin gerçekten hasta olan bir kimseyi temaruz davranışı sergiliyor şeklinde algılaması muhtemel gözükmemektedir ancak araştırmanın ilgili kısmında verilen bulgular ve katılımcı ifadeleri göstermektedir ki bu durum söz konusu değildir. Özellikle paternalist yönetici tipine vurgu yapan ve çalışanlarını Y tipi algılayan yöneticilerin açıklamaları bu anlamda yol göstericidir. Yine temaruz davranışının farkındalığı noktasındaki ifadeler konunun bu anlamda ele alınması sağlamış ve fark etme noktasındaki temellendirmeler yöneticilerin çalışanlarına yönelik peşin hükümlü olmadıklarını göstermiştir. Nihai olarak temaruz davranışının çözüm önerilerinde her ne kadar bazı yöneticilerin sert bir yaklaşımı olsa da genel olarak gerçekten kişinin karmaşık bir durumu olabileceği, durumun anlaşılması ve sorunun idrak edilmesi gerektiği şeklindeki bakış açıları yöneticilerin çalışanlarını direkt etiketleyici şekilde algılamadıklarını göstermiştir.

5.1.2. Temaruz Davranışının Nedenlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlık çalışanlarının temaruz davranışının neden sergilendiğine dair cevaplar “kişisel”, “çalışma şartları”, “yönetsel” ve “yapısal” nedenler şeklindeki temalar altında toplanmıştır. Bu nedenlerin her biri birer motivasyonel faktördür ya da bunların kişiyi temaruz davranışına iten bir yanı bulunmaktadır.

Çıkarıcı bir yaklaşımla sağlık çalışanları kurumdan uzaklaşmak, bencillik ve ikincil kazançlar nedeniyle bu davranışı sergilemişlerdir. Bir bağlamda çalışanları kurumdan uzaklaşmaya iten unsurlar izin alma, işe gelmeyi istememe ve işten kaçma gibi isteklerdir. İnsanların her gün aynı motivasyonla ya da istekle işe gelmelerini beklemek yanlış olacaktır ancak bu noktada üzerinde durulması gereken nokta işe gelmemenin hastalığın araçsallaşması neticesinde elde edilmiş olmasıdır. Bencillik hususunda yöneticiler daha çok bireysel istek ve arzular nedeniyle davranışın sergilendiğinin üzerinde durmuşlardır. Durmuş (2019)’un yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre bencil davranışlar çalışanların hem motivasyonlarını hem de performanslarını etkilemektedir. Nitekim Emre Bey’in “*İnsanların kendi istediklerini yaptırabilmek için gerektiğinde yalan söyleme gibi huyları vardır.*” ifadeleri bu noktada destekleyici bir özellik taşımaktadır.

Temaruz davranışının nedenleri bakımından ikincil kazançların insanları motive ettiği bilinmektedir. Gayathri ve Madhan’ın (2015)’in yaptıkları çalışmada öne çıkan ikincil kazanç okula gitmeme isteğiyle Chandran ve diğerlerinin (2017) çalışmalarında evlilikten kurtulmaktır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanları ilgi görme, dinlenme ve rahata erişmek gibi bazı ikincil kazançlarla motive olarak temaruz davranışına yönelmişlerdir.

Sağlık çalışanları özel hayatlarındaki sorunlar, özel bir işini halletme isteği ya da sosyal işlerini görebilmek için hasta olmadığı halde hasta gibi davranmaktadırlar. İnsanların sosyal yaşamlarında bazı sorunlar olması normaldir ancak yöneticilerin ifadelerinden yola çıkıldığında, aslında bu davranışı sergileyenlerin özel hayatlarının işlerinin önünde olduğu çıkarsaması yapılabilmektedir. Bir diğer unsur olarak sağlık çalışanları; tatile gitmek, memleketine gitmek ve arkadaşıyla gezmek için temaruz davranışı sergilemektedirler. Yöneticiler çalışanlarının kendisini hasta şeklinde arz ettikten sonra bir yerlere gezmeye ya da tatile gittiğini görmüş ve esasında davranışa

dair yaşadıkları farkındalığı aktarmışlardır. Sağlık çalışanları hizmet sunumunda bir rol üstlenirken aynı zamanda kendi sosyal yaşamlarında da birtakım rolleri devam ettirmektedirler. Öyle ki sağlık çalışanları ailevi nedenlerden ötürü temaruz davranışına başvurmakta ve bu bağlamda çalışanların motivasyonlarını; kimi zaman çocuklarıyla kimi zaman ise ailesiyle vakit geçirebilme oluşturmaktadır.

İnsanların işini severek yapmaması ve işine yönelik aidiyetinin düşük olması farklı arayışlar içerisine girilmesine neden olabilmektedir. Sağlık çalışanları mesleğini sevmediği yahut işini sevmediği için temaruz davranışına başvurmuşlardır. Bu bağlamı bilişsel uyumsuzluk teorisi bağlamında irdelemek yerinde olacaktır. Festinger'ın 1957'de sunduğu bu teori; iki bilişin birbiriyle alakalı olması halinde ya uyumlu ya da uyumsuz olduğunu ifade etmektedir. İki biliş birbirini takip ediyorsa uyum, bir bilişin tersi (zıttı) diğerini takip ediyorsa uyumsuzluk gerçekleşmektedir. Psikolojik anlamda rahatsız edici olan uyumsuzluğun varlığı, bireyi uyumsuzluğu azaltmak için motive etmekte ve uyumsuzluğu attırması muhtemel bilgilerden kaçınmaya yol açmaktadır (Harmon-Jones ve Mills, 2019). Festinger'in görüşlerini iş yaşamı bağlamında ele alan Perkmen ve Dağıstanlı (2012: 1046)'ya göre bir kişinin işini sevmemesi ve bundan ötürü işini bırakması dengeli iken, işini sevmeyen birisinin işine devam etmesinde tutarsız ve dengesiz bir durum söz konusudur. Bu olay örgüsünde birey rahatsızlık duymakta ve durumu dengeye getirmek için çaba göstermektedir. Durumun dengeye getirilmesi için ilk seçeneklerden biri; bireyin davranışını tutum yönünde değiştirerek işini bırakmasıdır. İkincisi ise kişinin tutumunu davranış yönünde değiştirerek gördüğü işin pozitif yönlerine odaklanması ve işini sevmeye başlamasıdır. Denge durumu gerçekleştiğinde birey zihinsel açıdan rahatlamaktadır. Bu araştırmanın bulgularına göre işini sevmemenin denge unsurunun temaruz davranışı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Günün oldukça fazla bir zaman dilimini bir arada geçiren sağlık çalışanları, çalışma arkadaşlarıyla yaşadıkları sorunlardan ya da çalıştıkları ortamı sevmemelerinden ötürü temaruz davranışına başvurmuşlardır. İnfomal güç unsuru olarak ekonomik güce sahip olmak ve arkasında güç olması gibi nedenlerden ötürü sağlık çalışanları temaruz davranışı sergilemektedirler. Öyle ki ekonomik anlamda kişilerin bir kaygı içerisinde olmaması ve arkasında güç olduğunu bilmeleri temaruz davranışı sergilerken çekinmemelerine neden olmuştur. Bu anlamda üzerinde durulan

diğer bir nokta bilgi gücüdür ki bu kavramı yöneticiler; sağlık çalışanlarının hastalıkları bilmesi ve sağlık çalışanı olmanın işi kolaylaştırması şeklinde açıklamışlardır. Öyle ki sağlık çalışanları gerek meslek gerekse eğitim hayatlarında hastalıklara yönelik uygulamalı ve teorik bilgiler edinmekte ve bu unsur gerçekte hasta olunmamasına rağmen hasta gibi davranmaya geçişi kolaylaştırmaktadır. Bu noktada Yusuf Bey (Laboratuvar Sorumlusu)’ın *“Bir de sağlık çalışanlarından bahsediyoruz normal dışarda inşaatta çalışan adamdan bahsetmiyoruz ki. Her bir şeyi en azından okulda biraz görmüş. Teoriğini görmese de iş hayatında çalışırken yaşamıştır yani.”* sözleri yol gösterici bir niteliğe sahiptir. Son unsur olarak yöneticiler kültürel unsurların üzerinde durmuş ve doğu toplumlarının özelliklerine değinerek toplumdaki hasta algısı üzerinden temaruz davranışına açıklık getirmişlerdir. Bu bilgiler Parsons’ın hasta rolü kavramı ekseninde ele alındığında kültürel açıdan hastaya verilen değer ve hastanın toplumda edindiği yer insanları hasta olmadığı halde hasta gibi davranmaya itebilmektedir. Öyle ki insanlar çok küçük yaşlardan itibaren hastalığın toplumsal konumunu öğrenmekte ve gerek iş yaşamlarında gerek sosyal hayatlarında hasta olmanın ayrıcalıklarından yararlanmaktadırlar.

Temaruz davranışının sergilenmesinin bir diğer nedeni olan çalışma şartlarında “çalışılan alanın”, “iş baskısının” ve “kurumsal özelliklerin” üzerinde durulmuştur. Sağlık çalışanları, çalışmak istemedikleri bir ortamda/alanda iş gördükleri zaman temaruz davranışına başvurmaktadırlar. İş yaşamında pek çok nedenden ötürü çalışanların üzerinde baskılar oluşmaktadır. Eriş ve Kaya (2020)’ya göre sağlık çalışanları uzun süreli mesailerden, iş yükünden ve iş tanımlarının net olmamasından kaynaklı örgütlerine karşı negatif bir tutum içerisine girmektedirler. Bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yaşadıkları baskılar; hasta ve yakınlarına tedavi sağlama, iş tanımlarının belirsizliği, iş alanın zorlukları, işin yoğunluğu ve işte tükenmişlik yaşamadır. Sağlık hizmetinin alıcısı olarak şifa bulmak için hastanaya gelen hastalar, endişe ve kaygı düzeyleri yüksek bir özellik taşımakta ve kimi zaman sağlık çalışanları hastalarla uğraşamamak adına temaruz davranışı sergilemektedirler.

Akca ve Erigüç (2006)’ün yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre hastane çalışanları görev, yetki ve sorumlulukların net olmamasından ötürü çalışma arkadaşlarıyla çatışmalar yaşamaktadırlar. Görüldüğü üzere sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının belirgin olması önem arz etmektedir. Nitekim bu çalışmanın

sonuçlarına göre sağlık çalışanları iş tanımlarının net olmaması ya da bir başkasının işini yüklenme nedeniyle temaruz davranışına başvurmaktadırlar. Öyle ki bir başkasının işini görmek ya da onun işini yapmaması nedeniyle hastalarla sorunlar yaşamak sağlık çalışanlarında bir kaçış isteği uyandırmaktadır.

Demir-Dikmen ve diğerlerinin (2014) yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerin çalışma koşulları ve nöbet işleyişleri meslekte profesyonel tutum sergileyip sergilememelerini etkilemektedir. Benzer şekilde bu araştırmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanları meslekleri gereği nöbet tuttukları, çalışma listelerine tabi oldukları, bayramlar gibi özel zamanlarda hastanede bulundukları için temaruz davranışına başvurmaktadırlar. Bir diğer unsur olarak iş yükünün fazla olması ve işin yorucu olmasından ötürü sağlık çalışanları temaruz davranışı sergilemektedirler. Ek olarak mesleklerini icra ederken yaşadıkları sorunlardan ötürü bıkkınlık, tükenmişlik, mutsuzluk gibi duygular baş göstermekte ve bundan ötürü sağlık çalışanları temaruz davranışına yönelmektedirler. Kurumsal özellikler açısından hastanelerin zor bir yer olması, kesintisiz hizmet sağlanması, devlet hastanesi olması ve kurumsallığın yitirilmesi sebebiyle sağlık çalışanları temaruz davranışı sergilemektedirler.

Temaruz davranışı nedenlerinin bir diğer sac ayağını yönetsel nedenler oluşturmaktadır. İlk olarak yöneticiler, denetim mekanizmasının aktif olmamasını bir yönetsel eksiklik olarak görmüş ve denetimsizliğin temaruz davranışına neden olduğunu beyan etmişlerdir. Yağmur Hanım (Laboratuvar Sorumlusu) “... dediğim gibi denetimsizlik daha fazla bir yayılmayı şey yapıyor.” şeklindeki açıklamaları ile denetim ya da başka bir ifadeyle çalışanların faaliyetlerinin belirli aralıklarla gözden geçirilmesi gerektiğine vurgu yapmıştır. Örgütlemeye ilgili sorunlar -iş yükünün adaletli dağıtılmadığını düşünme, zorunlu çalıştırılma, fiziksel özelliklerin yetersiz olduğu bir alana verme, yer değişikliğini görmezden gelme ve rotasyona sokmama- temaruz davranışına neden olmaktadır.

Ceza verilmediği, yaptırım uygulanmadığı, yaptırımlar caydırıcı olmadığı için sağlık çalışanları temaruz davranışı sergilemektedirler. Başka bir ifadeyle sağlık çalışanları cezaların caydırıcı olmadığını bildikleri ya da cezai işlem görmeyeceğinin farkında oldukları için temaruz davranışına başvurmaktadırlar. Furkan Bey (Ünite Sorumlusu)’in “Ben size farklı bir hikâye de anlatabayım belki işinize yarar. Ablam İzmir’de çalışıyor, o da sağlık personeli. Bir heyet raporu aldık, raporu üst hakem

hastaneye gönderme vardır, biliyorsanız eğer. Doğru değil dediler, uygun bulmadılar ki gerçekten uygun değildi, çünkü çocuk vardı, doğum sonrası falan filan. Çocuk biraz daha toparlansın falan diye hatta idare ile ilişkili yürütülen bir durumda, söyledik alacağız sonrasında işe başlayacağız diye. O rapor sonrasında üst hakem hastaneye gönderildi. Hakem hastane sırf dorsalji tanısı ile almıştık, dorsalji yaygın sırt ağrısı demektir, tanılanamaz ağrıdır. Belirli tedavisi yoktur falandır. MR sonucumuz olmadığı için, görüntümüz olmadığı için şöyle bir sonuca vardı, üst hakem hastane dedi ki sen MR'a girmedin, şu bu doktor sana ne demeye onu verdi. Görüntün yok o zaman siz danışıklı dövüş şeklinde aldınız bu raporu. İdaresi çok fazla üstüne gitti, yok işte hukuki olmayan bir durum, yıllık izinleri silmeye kadar denediler. Tabii ki hukuki olarak şeyimizi aradık, sonuç olarak hallettik, bir sorun olmadı, bir uyarı cezası aldı. Şimdi bugün yarın rapor ihtiyacımız olsa dahi iki defa üç defa düşünüyoruz çünkü böyle bir idare var. Şimdi oradaki personel kolay kolay rapor almayı deneyebilir mi, hayır ama buradaki personel almayı dener. Ben ikisinin de doğru olmadığını düşünüyorum.” sözleri ile idarenin bu noktadaki tavrının önemine vurgu yapmıştır.

Örgütlerde çalışanların, amaç ve hedeflerden sapan davranışları bulunmaktadır. Gruys (2000: 46) hasta numarası yapmayı “üretkenlik karşıtı davranış” olarak ifade etmiştir. Nitekim Litzky ve diğerleri (2006: 93) yöneticilerin kontrolü altında olan ancak çalışanları istemeden sapkın davranışlara iten nedenleri; ücret/ödül yapısı, uyum sağlamaya yönelik sosyal baskılar, olumsuz ve güvenilmez tutumlar, iş performansı ile ilgili belirsizlik, haksız muamele ve çalışanı ihmal etme şeklinde sıralamışlardır. Bu araştırmaya benzer şekilde ücret, ödül, adaletsizlik, çalışanı ihmal gibi nedenlerden ötürü sağlık çalışanlarının temaruz davranışına başvurdukları görülmüştür.

Katılımcılar yapısal bazı unsurlardan kaynaklı temaruz davranışının sergilendiğini beyan etmişlerdir. Ceza sisteminde boşluklar olması, cezaların az olması ve sistemsel açıkların bulunması nedeniyle sağlık çalışanları temaruz davranışı sergilemektedirler. Özellikle yöneticiler, yapanlara bir şey olmadığını ve hatta yapanların yanına kâr kaldığının bilinmesinden ötürü çalışanların çekinmediklerini dile getirmişlerdir.

Kişilerin işyerinde hasta olmamasına rağmen hastaymış gibi davranarak gün içinde sık sık işi aksatması, işe gelmemek için haksız yere sağlık raporu alması durumları ile karşılaşıldığında bu husus Türk yargı kararlarına konu olmuştur. Örneğin

yargıya intikâl eden olayda bir işçi, işyerinde hekim bulunmasına rağmen o hekime muayene olmadan muhtelif sağlık kurumlarından raporlar alarak işe sık sık gelmemeye başlamıştır. Bu durumdan rahatsız olan işveren işçinin iş sözleşmesini İş Kanunu m. 25 uyarınca haklı nedenle feshetmiştir. Haklı nedenle fesih, işçinin başka bir işçiyi taciz etmesi, işverene küfretmesi, işe alkollü gelmesi gibi durumlarda gündeme gelmektedir. Dolayısıyla işveren, işçinin hasta olmamasına rağmen sık sık rapor almasını ahlâk ve iyiniyet kurallarına aykırı olarak değerlendirerek işçiye tazminatlarını ödemediğinden işine son vermiştir. Yargıtay 9. Hukuk Dairesi ise önüne gelen bu olayda 08.11.2018 tarih 2018/1756 Esas ve 2018/19995 Karar sayılı kararında; işçinin sık sık rapor almasını, raporun gerçeği yansıtmadığı işveren tarafından ispatlanamadığı için haklı neden olarak değerlendirmemekle birlikte işçiye kıdem tazminatını ödeyerek çıkarma imkânı veren İş Kanunu m. 18’de düzenlenen geçerli nedenle fesih hali olarak kabul etmiştir. Yargıtay, sık sık işe gelmemenin iş akışını bozacağı ve işverenin bu duruma katlanmasının beklenemeyeceğine vurgu yapmıştır. Sonuç olarak görüleceği üzere bir işçinin sık sık rapor alması, hasta numarası yapmasının iş hayatında özellikle işçinin işten çıkarılıp çıkarılmayacağı, çıkarılacak ise tazminat ödenmesi gerekip gerekmediği durumlarını doğrudan etkilemektedir.

Rapor unsurundan sık sık bahseden yöneticiler rapor sistemi mekanizmalarının bu davranışa sebebiyet verdiğini dile getirmişlerdir. Yöneticiler ikili ilişkilerle alınan raporlardan kaynaklı kolay rapor alabilmeden, rapor sistemine dair unsurların bilinmesinden ve hatta raporun insanlar tarafından hak olarak görülmesinden bahsetmişlerdir. Nitekim raporların amacı insanları hastalık, sakatlık, kaza vb. durumlarda korumak ya da haklarını kazanmayı sağlamak iken bu yasal zemindeki prosedür çalışanlar tarafından kötüye kullanılmaktadır. Öyle ki rapora erişimde sorun yaşamayan sağlık çalışanları sözel hastalık izni almaya gerek duymamaktadırlar. Bu anlamda Meryem Hanım (SSH)’ın “*Direkt gidip görüşüp rapor alıyorlar yani. Çok da davranışa gerek kalmıyor zaten.*” şeklindeki açıklamaları yol göstericidir. Sağlık çalışanları kolay bir şekilde rapor alabildiklerinde -hasta statüsü kazanılmış olduğundan- temaruz davranışını daha basit araçlara sergilemektedirler. Örnek vermek gerekirse raporunu temin eden bir çalışan için yalnızca “hastayım” gibi bir ifade yeterli olabilmektedir.

Hekimlerin muayenelerinin yetersiz olması, hekimlerinin birbirinin arkasında durması ve tıp eğitimi gibi unsurlar sağlık çalışanlarının temaruz davranışı sergilemesini kolaylaştırmaktadır. Elbette ki her hekimin konuya karşı hassasiyeti farklıdır ancak kimi zaman alınan raporlar sisteme girdiğinde çalışana hak etmediği bir konforu sağlamaktadır. Bir diğer neden olarak, sağlık çalışanlarının kamuda kadro sahibi olmaları, işlerini kaybetme korkularının olmaması ve mesleğe kolay şekilde ulaşmalarından ötürü temaruz davranışı sergiledikleri görülmüştür. Yöneticiler kamu işi olması hasebiyle çalışanların işten atılma korkusunun olmadığını ve hatta mesleklerine kolay bir şekilde ulaştıklarını belirtmişlerdir. Araştırmacının dikkatini çeken başka bir örnek üzerinden gitmekte fayda olacaktır. Furkan Bey (Ünite Sorumlusu)'ın *“Ben size bir örnek vereyim buradaki personelden. Yani kamera önünde hırsızlık yapıldı, iki üç sene falan oldu, adamlar işten atıldı, geri geldi, yani hukuk yolu bir daha tekrar geri geldiler. Artık hukuktaki bu boşluktan dolayı adam şunu görüyor çaldı, hırsızlık yaptı bilmem ne oldu, bu adama bir şey olmadı, bana mı olacak! Vicdani sorumluluk hissetmediği zaman öyle oluyor. Ne yazık ki artık toplumumuzun terbiye düzeyi, vicdani ahlaki düzeyi çok zayıf.”* sözleri kamu istihdamının garantici olması açısından önem arz etmektedir.

Temaruz davranışı ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda bu çalışmaya benzer nedenler olduğu görülmüştür. İlman Yaltagil (2023)'e göre algılanan iş yükü, çalışma şartları, sabit süreli iş sözleşmesi, olumsuz çalışan-yönetici ve çalışan-çalışan ilişkileri, iş ve gelir memnuniyeti örgütsel temaruza neden olmaktadır. Yine bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak İlman Yaltagil'in çalışmasında sağlık şikayetleri, ergonomik sorunlar, bireyin sağlık durumu, yaşı, göç geçmişi ve çalışılan kurumun büyüklüğü gibi nedenlerle temaruz davranışı sergilenmektedir.

5.1.3. Temaruz Davranışı Sergileyenlerin Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Yöneticiler temaruz davranışı sergileyenlerin özelliklerini ifade ederken “kişilik özellikleri” ve “diğer özellikler” üzerinden açıklamalarda bulunmuşlardır. Araştırmada kişilik özellikleri sınıflandırılırken Beş Faktör Kişilik Kuramı'ndan yararlanılmıştır. Kurama göre kişiliği oluşturan unsurlar duygusal tutarsızlık, dışa dönüklük, gelişime açıklık, geçimsizlik ve özdenetimsizliktir (Tatlıoğlu, 2013). Bu araştırmada yöneticiler; temaruz davranışını sergileyenleri duygusal tutarsızlığa vurgu

yaparak uç sınırlarda olan, duygu durum bozukluğu yaşayan, çabuk gerilen gibi sıfatlarla nitelemişlerdir. Yine yöneticiler temaruz davranışı sergileyenlerin diğerlerini umursamadıklarını, güvenilir olmadıklarını ve hakka girmeyi düşünmediklerini izah etmişlerdir. Bu bağlamda üzerinde durulması gereken nokta kişilerde bencil duyguların ağır bastığı ve insanların kendilerini düşünerek hareket ettiğidir. Aynı şekilde yöneticiler temaruz davranışı sergileyenlerin disiplinsiz, sorumsuz, işten kaçmaya yatkın gibi kişiler olduğunu belirtmişlerdir. Sorumluluk duygusu düşük olan insanların temaruz davranışı eğilimlerinin yüksek olduğuna dair yöneticilerin bir fikir birliği içerisinde oldukları görülmektedir. Yine de bu özelliklerin genelleyici bir şekilde ele alınması yanlış olacaktır. Öyle ki işine karşı sorumsuz olan her kimsenin temaruz davranışı sergileyeceğini düşünmek ya da onları damgalamak başka sorunları meydana getirecektir.

5.1.4. Temaruz Davranışının Fark Edilmesi ve Yorumlanmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Temaruz davranışının fark edilmesi ya da başka bir ifadeyle gerçek bir hastalıktan ayırt edilmesi zor ve meşakkatli bir iştir. Buna yönelik soruya verilen cevaplar “davranışın fark edilmesi” “temaruz davranışına dair hissedilenler” ve “temaruz davranışının farkındalık süreci” şeklindeki üst temalarda toplanmıştır.

İlk olarak temaruz davranışının fark edilmesine dair “davranışın tekrar etmesi”, “kanıt olmaması”, “hastalığı abartma”, “davranışları değerlendirme” ve “bütüncül değerlendirme” kategorileri oluşmuştur. Yöneticiler temaruz davranışını, davranış tekrar ettiğinde ya da yinelandığında anlayabilmektedirler. Burada yöneticilerin ortak fikre sahip olduğu husus; sık sık izin isteme, sık sık rapor sunma ya da davranışın süreklilik kazanması gibi olayların cereyan etmesi halinde davranışın fark edilebileceğidir. Buradan anlaşıldığı üzere yöneticiler ilk etapta izin alan ya da hastalığı ileri süren birini “hasta değil” şeklinde ele almamakta, ancak davranış tekrar ettiğinde bu kanıya varmaktadırlar.

Temaruzun fark edilmesini sağlayan bir diğer nokta hastalığın abartılmasıdır ki temaruz tanımı gereği hastalığın abartılmasını içermektedir. Sağlık çalışanlarının ileri sürdüğü hastalıkların kısa süreli bir tedaviyi gerektirmesinden ötürü yöneticiler temaruz davranışı ile karşı karşıya olduklarını düşünmektedirler. Yine yöneticiler ileri sürülen hastalığa yönelik belirtilerin olmayışı ve ileri sürülen hastalığa dair raporun

gelmemesi gibi olaylar yaşanınca çalışanının gerçekte hasta olmadığını fark etmişlerdir. Bu çalışmanın konuyla alakalı literatür kısmında geçtiği üzere, kişinin ifade ettiği hastalık ile semptomlarının farklı olması halinde profesyonelin temaruzdan şüphelenmesi gerekmektedir. Zira yöneticiler çalışanlarında bu tarz tutarsızlıklarla karşılaştıklarında temaruzu düşünmüşlerdir.

Yöneticiler temaruzu çalışanlarının davranışlarını değerlendirdiğinde fark etmişlerdir. Esasında yöneticiler gerek hasta rolü bakımından gerekse sergilenen hal ve hareketler açısından çalışanlarını değerlendirdiğinde bu kişilerin gerçekte hasta olmadığını anlamışlardır. Temaruz davranışının fark edilmesi noktasında yöneticiler, hal ve hareketlerin -ses tonu, bakış, beden dili, fazla detaylara inme, kullanılan sözler-kendilerine ipucu verdiğinden bahsetmişlerdir. Bu noktadaki ifadelerden anlaşıldığı üzere, yöneticiler çalışanlarını tanıdıkları ve bazı belirgin davranışların farkında oldukları için temaruz davranışını anlamışlardır. Aynı zamanda yöneticiler bütüncül olarak olaylara baktıklarında ya da başka bir ifadeyle yaşanan olayların bilincinde olduklarında temaruz davranışını fark etmişlerdir.

Yöneticilerin temaruz davranışını fark etmeleri halinde yaşadıkları hisler “kendisine dair”, “davranışı sergileyene dair” ve “diğerlerine dair” şeklindeki kategoriler altında toplanmıştır. Yöneticiler davranışa yönelik olarak sorgulama içerisine girmiş, bu davranışın neden sergilendiğine anlam verememiş ancak yine de temaruz davranışını sergileyenin kendi vicdanına bırakarak hislerini dile getirmişlerdir. Aynı zamanda yöneticiler bu davranıştan kaynaklı iş arkadaşlarının gerek iş yükünün artmasını gerekse daha fazla çalışmalarını haksızlık olarak görmüş ve bundan kaynaklı üzüntü duymuşlardır.

Katılımcıların temaruz davranışına dair hisleri; “değersizlik hissiyatı yaşama”, “olumsuz duygusal durumlar yaşama” ve “diğer” şeklinde üçe ayrılmıştır. Davranışın fark edilmesi halinde yöneticiler kendilerini değersiz ve kandırılmış hissetmişlerdir. Yine yöneticiler temaruz davranışıyla karşılaştıklarında canları sıkılmış, modları düşmüş, sinirleri bozulmuş ve hoşnutsuz hissetmişlerdir. Yöneticiler çalışanlarının gerçekte hasta olduklarını düşünerek hareket ettikleri için sonrasında durumu fark ettiklerinde bazı hayal kırılıkları yaşamış ve hem duygusal anlamda hem de fiziksel anlamda bu süreçten etkilenmişlerdir.

Temaruz davranışı anlaşıldıktan sonra yöneticiler davranışa dair bir farkındalık yaşamış ve bu unsurlar “ispatın zorluğu”, “planlı davranış” ve “hekim klinik otonomisi” şeklindeki kategoriler altında toplanmıştır. Yöneticiler çalışanlarının ilk etapta gerçekten hasta olduklarını zannetmiş ve söz konusu olan hastalık olduğu için ilk anda temaruz davranışını fark etmemişlerdir. Nitekim yöneticiler temaruz davranışını ancak davranışın tekrar etmesi ya da bazı belirgin fark etme unsurlarının cereyan etmesiyle anlamışlardır. Görüldüğü üzere yöneticiler temaruz davranışını anlayana kadar bir süre geçmiş ve belli bir süre bu davranışa maruz kalmışlardır. Davranışın planlı bir şekilde oluştuğunu ifade eden yöneticiler, özellikle daha önceden bunun tasarlandığından ve hatta kafaya koyulduğundan bahsetmişlerdir. Bu bilgilerden hareketle temaruzcuların belirli bir motivasyonla yola çıkarken sergileyeceği davranışa dair bazı unsurları kendi kafasında tasarladıklarını ifade etmek yanlış olmayacaktır. Temaruz davranışının farkındalığına dair diğer bir unsur ise hekimin klinik otonomisidir ki özellikle yöneticiler sürece geriye dönüp baktıklarında hekim klinik otonomisinin burada işlediğinin ve nihayetinde sürecin içerisinde yer aldığından bahsetmişlerdir.

5.1.5. Temaruz Davranışının Nasıl Sergilendiğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Temaruz davranışının nasıl sergilendiğine dair yöneticilerin ifadeleri “temaruz davranışı sergilenirken kullanılan yöntemler”, “temaruz davranışı sergilenirken ileri sürülen hastalıklar”, “temaruz davranışı sergilenirken ileri sürülen hastalıkların tercih edilme nedeni” ve “temaruz davranışı sergilenirken kullanılan kalıplar” şeklindeki üst temalarda toplanmıştır. Kullanılan yöntemler; pozitif temaruz yapma, rapor kullanma, işten kaytarma davranışı sergileme ve yüz yüz iletişimden kaçınma şeklinde kategorilere ayrılmıştır. Pozitif temaruz, bu çalışmanın ilgili literatür kısmında geçtiği üzere çalışanın var olan belirtileri abartması ya da var olmayanları sunmasıdır. Çalışanlar diğerlerini manipüle etme, gereksiz yatış yaptırma, işi yapamayacak belirtileri sunma, olmayan hastalığın uydurma, raporun alındığı yere göre bir hastalık beyan etme gibi yöntemlerle temaruz davranışı sergilemişlerdir. Aronoff ve diğerleri (2007: 196) hafif, orta ve şiddetli temaruz ayrımını ortaya koymuşlardır. Hafif temaruz, kişinin abartı yoluyla temaruz yaptığına dair kanıtların mevcudiyeti ve çarpıtmanın minimal derecede olması halinde öne çıkmaktadır. Orta derece temaruz;

hastanın abartma ya da uydurma yöntemiyle kendisini olduğundan daha rahatsız sunmasıdır. Son olarak şiddetli temaruz, hastanın semptomları ileri sürerken aşırıya kaçması ve hatta fantastik akıl almaz bir sunum halinde belirginleşmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre temaruz davranışı sergilenirken sağlık çalışanlarının hafif ve orta düzey temaruz davranışına başvurdukları görülmüştür.

Yöneticilerin fikir birliği içerisinde olduğu diğer bir yöntem ise rapor kullanarak temaruz davranışının sergilenmesidir. Raporun gerçekten hasta olan birisi tarafından kullanılmasında bir sorun yokken temaruz davranışında araçsallaşan bir nitelik taşıdığı görülmüştür. Burada özel hastane ve aile hekimi raporları, tanıdık hekimlerden alınan raporlar, heyet raporları, izinden önce ve sonra rapora başvurma gibi çok çeşitli araçlar bulunmaktadır. Yine ifade etmek gerekir ki çalışanların raporu hak olarak görmesi ya da başka bir deyişle bunu normalleştirmesi nedeniyle rapor, temaruz davranışı sergilenmesinde bir araç haline gelmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının rapora kolay erişmesi ya da ikili ilişkilerle rapor almaları temaruz davranışında önem arz eden numara yapmayı asgari düzeye çekmektedir. Ancak sağlık çalışanları raporlarını yöneticilerine iletirken hastalıklara ve semptomlara, rahatsızlıklara ve çalışamamaya vurgu yaparak temaruz davranışını sergilemişlerdir.

Hastalığın ileri sürülmesi neticesinde hizmet sunumundan çekilme ve hizmet sunumuna katılmama temaruz davranışının sergilenmesinde bir araç haline gelmiştir. Burada hastalık ileri sürülerek iş yapmama, işten kaçma, işi yavaşlatma gibi pek çok davranışın sergilenmesi söz konusu olmaktadır. Yine burada üzerinde durulması gereken bir nokta henüz yöneticinin temaruza yönelik farkındalığının gerçekleşmemiş olmasıdır. Nitekim yöneticiler daha sonrasında yaşadıkları bilinçle bu araçlardan bahsetmektedirler. Bir diğer yöntem olan yüz yüze iletişimden kaçınmada çalışanların mesajla ya da telefonla arayarak hasta olduğunu, gelemeyeceğini haber vermesi söz konusudur. Burada Ayşe Hanım (Servis Sorumlusu Hemşire)'ın *“Beni arıyor mesela, ben bugün çok kötüyüm gelemem diyor. Bilmiyorum ki suratı ile konuşmuyorum ki.”* açıklamaları aynı ortamda bulunmama yöntemine dikkatleri çekmektedir.

Temaruz davranışı sergilenirken diğer bir sac ayağını çalışanların hangi hastalıkları tercih ettikleri oluşturmaktadır. Bu üst temada; “kas-iskelet sistemi hastalıkları”, “sinir sistemi hastalıkları”, “sindirim sistemi hastalıkları”, “solunum sistemi hastalıkları”, “psikiyatrik hastalıklar”, “neoplazmlar”, enfeksiyon

hastalıkları”, “kadın ve doğum hastalıkları” ve “diğer hastalıklar” kategorileri oluşmuştur. Bu noktada özellikle ileri sürülen hastalıklara bakıldığında çalışanların baş ağrısı, karın ağrısı, bacak ağrısı, bel ağrısı, miyalji, adet ağrısı, kulak ağrısı, diş ağrısı gibi hastalıkları tercih ettikleri görülmektedir. Yine bunların dışında akciğer nodülü, alerji, üst solunum yolu hastalıkları gibi hastalıkların tercih edildiği görülmüştür. Bu noktada her bir hastalığın katılımcılar tarafından ayrı ayrı kaç kez vurgulandığına yer veren tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının İleri Sürdükleri Hastalıklar ve Türleri

Hastalık Grubu	Hastalık Türü (Kişi Sayısı)
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	<i>Bel ağrısı (4), bel fıtığı (3), bel tutulması (2), boyun tutulması (2), sırt ağrısı (2), miyalji (2), ayak ağrısı (1), bacak ağrısı (1), boyun fıtığı (1), platin (1), kol uyuşukluğu (1)</i>
Sindirim Sistemi Hastalıkları	<i>Karın ağrısı (4), bulantı (2), kusma (2), ishal (2), böbrek (1), safra kesesi (1)</i>
Solunum Sistemi Hastalıkları	<i>Üst solunum yolları hastalıkları (7), astım (2), alerji (1)</i>
Sinir Sistemi Hastalıkları	<i>Baş ağrısı (5), bayılma (2), epilepsi (1), migren (1), nörolojik hastalıklar (1)</i>
Psikiyatrik Hastalıklar	<i>Depresyon (2), panik atak (1)</i>
Neoplazmlar	<i>Akciğer nodülü (1)</i>
Enfeksiyon Hastalıkları	<i>Bulaşıcı hastalıklar (1)</i>
Kadın ve Doğum Hastalıkları	<i>Kadınsal hastalıklar (3)</i>
Diğer Hastalıklar	<i>Akut hastalıklar (2), diş ağrısı (1), kulak ağrısı (1), tansiyon düşüklüğü (1)</i>

Tablo 3’te görüldüğü üzere yöneticilerin kendilerine söylendiğini ifade ettikleri hastalıklar oldukça çeşitlilik arz etmektedir. Yine tabloda hastalıkların her birinin yanında ilgili hastalığın kaç farklı yönetici tarafından söylendiğini gösteren bilgiler yer almaktadır. Yöneticilerden 7 kişi çalışanlarının üst solunum yolu hastalıklarını ileri sürdüklerini beyan etmiştir. Yine aynı şekilde baş ağrısını 5, bel ağrısını 4, karın ağrısını 4, bel fıtığını 4 ve kadınsal hastalıkları 3 farklı yönetici vurgulamıştır.

Temaruz davranışı sergilenirken ileri sürülen hastalıkları örgütlerde devamsızlık türleri açısından değerlendirmek yerinde olacaktır. Judge ve Martocchi (1996; Akt. Sanders ve Nauta, 2004: 726) çalışanın mazeretine göre devamsızlığı beyaz, gri ve siyah olarak ifade etmişlerdir. Beyaz devamsızlık, çalışanın hasta olduğunun (örneğin yüksek ateş olması) açıkça ortada olmasıdır. Gri devamsızlıkta ise hastalık ya da baş ağrısı gibi rahatsızlıklar ön plana çıkar ve bunları teşhis etmek zordur. Siyah devamsızlıkta söz konusu olan durum ise hiç hasta olmayan bir kimsenin kendisini hasta gibi sunmasıdır. Bu bilgilerden hareketle sağlık çalışanlarının temaruz davranışını sergilerken ifade ettikleri hastalıkların daha çok gri devamsızlık türünde olduğunu söylemek yerinde olacaktır. Nitekim sağlık çalışanlarının temaruz davranışı siyah devamsızlığı da içermektedir.

Sağlık çalışanlarının ileri sürdükleri hastalıkları neden tercih ettiğine dair “kanıtlanamazlık”, “hastalık süresinin kısalığı”, “inandırabilirlik düzeyi”, “teorik ve pratik semptom bilgisi” ve “defansif tıp eğilimi” kategorileri oluşmuştur. Kanıtlanamazlık noktasında yöneticiler tıbbi anlamda ileri sürülen hastalıkların kanıtlanamaz olduğundan ve hastalığın subjektifliğinden bahsetmişlerdir. Öyle ki ileri sürülen hastalıklara göz gezdirildiğinde “ağrı” gibi subjektif ya da kanıtlanması pek mümkün olmayan hastalıklar; kişisel bir yanının bulunması, sonrasında değerlendirme şansının az olması, kişinin söylediklerini tespit etmenin zor olması, testlerde çıkmaması, somut bir belirtinin olmaması gibi nedenlerle tercih edilmiştir. Bu bilgilerden hareketle 37 yaşında bir öğretmen olan T’nin hikayesini ele almak yerinde olacaktır. Sürekli maluliyet emeklilik yardımlarına uygun olup olmadığı noktasında psikolojik değerlendirmeye alınan T, değerlendirmeden 18 ay evvel kronik ağrı, yorgunluk ve bilişsel bozukluklardan dolayı işten ayrılmış ve bu durumu dört senelik süreçte yaşadığı 3 tane motorlu kazaya bağlamıştır. Kazaların en sonuncusu değerlendirmeden iki önce yaşanmış ve sevk sırasında birincil tanı fibromiyalji olmuştur (Gervais, 2009: 266). Bu örnekte görüldüğü üzere temaruz davranışının sergilenirken miyalji ya da ağrı gibi rahatsızlıklar tercih edilmektedir.

İleri sürülen hastalıkların bir diğer tercih edilme nedeni kısa süreli hastalıklar olmalarıdır. Yöneticilere göre ileri sürülen hastalıklar; daha kısa süren, geçici olan, kısa sürede iyileşilebilen bir nitelikte olduğu için çalışanlar tarafından tercih edilmiştir. Açığöz (2021: 83) kronik hastalıkların, tedavi uygulanmasına rağmen hastalıkların

nedenleri ortadan kaldırılmadığından ötürü süreklilik arz ettiğini ifade etmiştir. Gerçekten de sağlık çalışanlarının ileri sürdükleri hastalıklara bakıldığında en fazla üzerinde durulan hastalık üst solunum yolları hastalıklarıdır ki bunlar özelliği itibarıyla bir süre sonra geçmektedir. Bir diğer neden olarak yöneticiler inandırabilirlik düzeyine dikkat çekmiştir. Çalışanların ileri sürdükleri hastalıklara bakıldığında herkesin yaşabileceği hastalıklar olduğu görülmektedir. Ayrıca telefonla arayarak haber veren çalışanın yöneticiyle aynı ortamda olmaması inandırabilirliği arttırmaktadır.

Sağlık çalışanları mesleklerini icra ederken ya da eğitim hayatlarında hastalıkları öğrendikleri ya da gördükleri için ileri sürdükleri hastalıkları tercih etmişlerdir. Sağlık çalışanları hastalıkların klinik yönlerine hâkim olacakları bir meslek icra etmekte ve hatta kimi zaman raporlara yazılan hastalıkları dahi öğrenebilmektedirler. Hastalıkların ileri sürülmesinin nedenlerinden sonuncusu defansif tıp eğilimidir. Burada hekimlerle ikili ilişkilerle alınan raporların söz konusu olduğu ve yine hekimlerin kendilerini ileride oluşacak durumlara karşı korumak amacıyla kendi alanlarında boşluk yaratan hastalıkları tercih ettikleri görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının temaruz davranışı sergilerken kullandıkları kalıplar “davranışsal” ve “söylemsel” olarak iki temada toplanmıştır. Söylemsel olarak çalışanların ifadelerinde “rahatsızlığa”, “hastalığa ve semptoma”, “çalışamayacağına” vurgu bulunmaktadır. Çalışanlar çok genel geçer ifadeler şeklinde kötü olduğunu, kendisinin iyi olmadığını belirten ifadeler kullanmışlardır. Öte yandan sağlık çalışanları belirli bölge ya da yere vurgu yapan hastalıkları dile getirmişlerdir. Bu noktada şunu ifade etmek gerekir ki rahatsızlık bağlamındaki ifadeler daha çok bireysel bir yan arz ederken hastalığa vurgu yapanlar ise belirli bir uzuv, sağlık sorunu şeklinde çeşitlenmektedir. Yine sağlık çalışanları ileri sürdükleri hastalıkları/rahatsızlıkları nedeniyle çalışamayacaklarını belirten ifadeleri kullanmışlardır. Öyle ki sağlık çalışanları hastalıkları/rahatsızlıklarından ötürü işte performans sergilenemeyeceklerini söylemişlerdir.

Kullanılan söylemsel kalıplar noktasında sağlık çalışanlarının belirsiz ve yuvarlak ifadeler kullandıkları görülmüştür. Belirsizlik noktasında vurgulanmak istenen konuşmaların ucunun açık olması iken yuvarlak ifadelerde daha çok sözel bazı kalıpların (öff, ah uhh,, ık mık) tercih edilmesidir. Wiley (1998: 886)’e göre aldatma davranışı sergileyen bir birey, ifade edeceği sözlü tepkileri prova edebileceği için

konuşmanın içeriği ve ritmi bakımından ortaya çıkan tutarsızlıkların üzerinde durulması gerekmektedir. Kişilerin, aradaki boşlukları doldurabilmek için sık bir şekilde bilgi vermeyen bazı kelimeler (eee, ııı, of, ya vb.) kullandığı ve kısmi kelimelerle (ge.. ge.. gerçekten) konuştuğu görülmektedir.

Temaruz davranışı sergilenirken çalışanlar davranışsal görüntüler bakımından beden dilini değiştirmiş ve destekleyici davranışlar sergilemişlerdir. Çalışanlar fevri hareketler sergileme, gözlerini kaçırma, ellerini parmaklarının arasına koyma gibi beden dilinin değiştiği davranışlarda bulunarak temaruz davranışı sergilemişlerdir. Yine sağlık çalışanları sahip olmadıkları bir hastalığı sergilemek için ifade ettikleri hastalıklara göre belirli davranışları kullanma, ayağını sürüme, incinmeyen elini tercih etme, karnını tutma, öskürme, boğazını tutma gibi eylemlerle temaruzun davranış örüntülerini sergilemişlerdir.

5.1.6. Temaruz Davranışının Sonuçlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Temaruz davranışının sonuçları “kuruma yönelik”, “davranışı sergileyen kişiye yönelik”, “iş arkadaşlarına yönelik”, “yöneticiye yönelik” ve “paydaşlara yönelik” şeklindeki temalar altında ele alınmıştır. İlk olarak kuruma yönelik; hizmet sunumunda ve işleyişte sorunlar yaşandığı ve kurum imajının zedelendiği dile getirilmiştir. Temaruz, sergileyen kişinin dışında kalanlara etkisi olan ya da başka bir ifadeyle diğerlerine sirayet eden bir davranıştır. Alparıslan ve Orhan (2016: 46)’a göre haksız yere alınan iş görmezlik raporlarının iş gücü kaybına sebebiyet vermektedir. Öyle ki bu çalışmaya benzer şekilde temaruz davranışından ötürü kurumlar; hizmet kalitesinin düşmesi, iş gücü kaybı, hizmetlerin aksaması gibi durumlarla karşı karşıya kalmıştır. Yine temaruz davranışı; herkesi etkilemiş, suiistimallerin yaygınlaşmasına kapı aralamış, huzuru bozmuş ve rapor sayılarını arttırmıştır. Kuruma yönelik bir diğer sonuç ise hastaların temaruz davranışından kaynaklı hizmet alamaması ve neticesinde kurum imajının zedelenmesidir. Aynı şekilde yönetim bu davranışın üzerine gitmediğinde çalışanların kuruma karşı güvenleri azalmakta ve nihai olarak kurumsal imaj zarar görmektedir.

Temaruz davranışı fark edildiğinde sergileyenin kendisine dair birtakım sonuçlar meydana gelmektedir. Bu bağlamda “gösterilen tepkilerle”, “olumsuz imajla”, “ikincil kazançlarla” ve “yaptırımlarla” ilgili sonuçlar ön plana çıkmıştır. Davranışın fark

edilmesi halinde çalışana hem iş arkadaşları hem de yöneticisinden tepkiler gelmektedir. Özellikle verilen tepkiler bakımından iş arkadaşlarının daha katı bir tavır içerisinde girdiği görülmüştür. Bir bakıma temaruz davranışı sergileyenin iş yükü kendilerine kaldığı ya da kendilerini kandırılmış hissettikleri için bu kişiye karşı tepki oluşmaktadır. Yine yöneticiler temaruz davranışı sergileyene karşı sert bir tavır takınmış ve bu davranıştan ötürü kişinin üst amirleriyle arası bozulmuştur.

Temaruz davranışını sergileyenler olumsuz bir imajla anılmaya başlanmıştır. Bu davranış neticesinde hem bu kişinin kazandığı paranın helal olup olmadığı sorgulanmış hem de ona karşı güven azalmıştır. Esasında günlük hayattaki ikili ilişkiler açısından olayı yorumlamak gerekirse insanlar kendisine yalan söyleyen veya kendisini kandırma eğilimi gösteren insanlara karşı güven duymamaya başlamakta ve hatta bir yerden sonra söylediği her şeyi sorgulamaktadırlar.

Temaruz davranışı sergileyen kimseye yönelik sonuçlar bakımından yöneticiler ikincil kazançlara değinmişlerdir. İkincil kazançlar bakımından temaruz davranışı sergileyenler kendilerini mutlu hissetmiş ve pozitif bir çıkarım sağlamışlardır. Öyle ki davranışa yönelik kimi zaman geçici tepkiler verilmesi kimi zaman üzerine gidilmemesi nedeniyle bu kişiler sıkıntı yaşamamıştır. Yine bu kişilerin pürüz çıkarmaması için risksiz yerlere gönderilmesi elde ettikleri kazançlar bakımından değerli görünmektedir.

Elde edilen bütün ikincil kazançlara rağmen temaruz davranışı sergileyenler yaptırımlarla karşılaşmıştır. Özellikle davranışın fark edilmesi halinde bu kişiler hakem hastaneye gönderilmiş ve hastalık durumlarının gerçek olup olmadığı sorgulanmıştır. Bunun dışında bu davranışı sergileyenler hakkında soruşturma açma, ceza verme, mesaiyi tamamlatma, yer değişikliği yapma gibi pek çok yaptırım uygulanmış ve bu kişilerle davranışa yönelik olarak konuşulmuştur.

Temaruz davranışının iş arkadaşlarına yönelik; “çalışma ortam ve koşullarıyla ilgili”, “psikolojik yıpranmayla ilgili” ve “sosyal hayatla ilgili” yansımaları olmuştur. Çalışma ortam ve koşulları; diğer çalışma arkadaşları mağduriyetler yaşadığı, işten sapma davranışları sergilediği ve iş yükleri arttığı için değişmiştir. Temaruz davranışı sergileyen kimse iş hacminden çekildiğinde iş arkadaşları sıkıntılar yaşamış, onu idare etmiş ve hatta her çalışan aldığı raporu kanıtlamak zorunda kalmıştır. Yine temaruz davranışından ötürü diğer çalışanların iş performansları etkilenmiş ve çalışma

performansları düşmüştür. Ek olarak bu davranışın sergilenmesi diğer çalışma arkadaşları için örnek oluşturmuş ya da işten sapma davranışlarına kapı aralamıştır. Öyle ki suiistimallerin yaygınlaştığını fark eden kişiler, işten kaçmak için temaruzu kullanmaktadırlar. Benzer şekilde temaruz davranışı geride kalan iş arkadaşlarının daha fazla çalışmasına, iki kişilik emek vermesine, nöbetlerinin artmasına ya da başka bir ifadeyle iş yükünün artmasına sebebiyet vermiştir. Öyle ki yöneticiler geride kalanların daha fazla iş yüküne katlanmak zorunda kaldıklarının altını çizmişlerdir.

Temaruz davranışının kişinin iş arkadaşlarına yönelik psikolojik bazı yansımaları olmuştur. Nitekim iş arkadaşları bu davranıştan kaynaklı daha fazla çalıştığı için mutsuzluk, tükenmişlik, sabırsızlık, mod düşüklüğü gibi duygular yaşamış ve bunlarla baş etmeye çalışmışlardır. Aynı zamanda temaruz davranışı nedeniyle iş arkadaşlarının sosyal hayatları zarar görmüştür. Öyle ki kimileri tatillerini yarıda bırakıp mesaiye gelmek zorunda kalmış, planlarını değiştirmiş ya da ertelemişlerdir.

Temaruz davranışının sonuçlarıyla yöneticiler de bizzat karşı karşıya kalmışlardır. Temaruz davranışı nedeniyle yöneticiler; “örgütlemeye ilgili” sorunlar yaşamış, “yönetimsel anlamda çıkmaza” girmiş, “yönetim felsefesi” değişmiş ve “çalışanlarla ilişkilerinde zorluklar” yaşamışlardır. Temaruz davranışı sergileyenler yüzünden yöneticilerin iş yükü artmıştır. Özellikle tekrar planlama yapmaları ya da listeler oluşturmaları gerekmiş ve kimi zaman personel bulamama durumuyla karşı karşıya kalmışlardır. Görüldüğü üzere temaruz davranışı yöneticiler açısından örgütlemeye dair sorunlar meydana getirmiştir. Benzer şekilde yöneticiler temaruz davranışı nedeniyle yönetimsel çıkmaza girmişlerdir. Bu anlamda yöneticiler temaruz davranışı nedeniyle üstlerinden azar yediklerini, şikayetlerin arttığını ve kendi otoritelerinin sarsıldığını dile getirmişlerdir. Buradan anlaşılmaktadır ki temaruz davranışı yönetim gücünün zayıflamasına neden olmuştur. Yine bu davranış nedeniyle yöneticiler motivasyon düşüklüğü yaşamışlardır.

Temaruz davranışını gözlemleyen bir yöneticinin yaşadığı bir diğer değişim ise yönetim felsefesinin değişmesidir. Özellikle bu davranış, yöneticilerin güvenini zedeleyerek çalışanlarına karşı daha sert davranmasına ve hatta hem onlarla çalışmak istememesine hem de onlardan vazgeçmesine sebebiyet vermiştir. Son olarak yöneticiler temaruz davranışından ötürü diğer çalışanlarla sorunlar yaşamışlardır.

Özellikle yöneticiler, davranışa yönelik tepkiler almış ve diğer çalışma arkadaşlarına açıklamalar yapmak zorunda kalmışlardır.

Son olarak temaruz davranışının paydaşlara yönelik “mikro” ve “makro” düzey sonuçları olmuştur. Mikro açıdan temaruz davranışının sağlık hizmetinin faydalanıcısı olan hastalara yansıyanlar yönleri ön plana çıkmıştır. Hastaların temaruz davranışından ötürü bakımları gecikmiş ve zedelenmiş ve hastalar beklemek zorunda kalmıştır. Yine benzer şekilde temaruz davranışından ötürü ortaklaşa işlerde sorunlar meydana gelmiştir. Sağlık hizmetleri eş güdümlü sunulan bir hizmet olduğu için bir noktada gerçekleşen bir aksama gerek hasta bakımının gerekse sunucuların birlikte yürüttüğü faaliyetlerin zarar görmesine neden olmaktadır.

Makro açıdan temaruz davranışının kelebek etkisi oluşturduğu görülmüştür. Esasında bir sağlık hizmeti sunucusunun hizmet vermeyip geri çekilmesi büyük bir etki meydana getirmiyor gibi algılsa da Ahmet Bey (Başhekim)’in kelebek etkisine vurgu yaptığı açıklamaları bu anlamda önemlidir. Yine temaruz davranışı devlet için iş gücü kaybına sebep olmakta ve mali zarar meydana getirmektedir.

Ilıman Yaltagil (2023) çalışmasında; işten ayrılma, işe gelmeyenlerin ekonomik kazanç sağlaması, işgücünün düşmesi, verimliliğin düşmesi, müşteri memnuniyetsizliği, idari maliyet artışları, yüksek devir maliyetleri, işgörenlerin moralinin düşmesi ve iş yükünün artması gibi temaruz davranışının sonuçları olduğunu ve yine temaruz davranışının uzun vadede yalnızca örgüte değil aynı zamanda devlete ve topluma yük getirdiğini ortaya koymuştur. Öyle ki bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde temaruz davranışı kişinin kendisine, iş arkadaşlarına, yöneticiye, paydaşlara, kuruma ve devlete sirayet etmektedir.

5.1.7. Temaruz Davranışının Önüne Geçmeye İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Temaruz davranışının önlenmeye yönelik; “temaruz davranışını önlemeye yönelik stratejiler”, “temaruz davranışını yönetebilmek için yöneticinin sahip olması gereken özellikler” ve “temaruz davranışının süreç yönetimi” üst temaları oluşmuştur.

Temaruz davranışının bir noktada işe devamsızlığı gerektirdiği söylenebilir. Öyle ki yapılan çalışmalarda devamsızlığın önüne geçmeye yönelik stratejiler belirlenmiştir. Yılmaz ve Söyük (2022) sağlık çalışanlarının devamsızlıklarını önleme noktasında sağlık çalışanının kendisini, işvereni ve toplumu birer taraf olarak izah

etmişlerdir. Sağlık sektörü insan faktörünün önem arz ettiği bir alan olması hasebiyle çalışanların beklentilerinin karşılanması gerekmektedir. Başka bir deyişle iş yaşamında beklentileri karşılanan bir çalışan devamsızlıktan kaçınacaktır. Bu sayede hasta memnuniyeti artacak ve sağlık kurumu toplumsal fayda sağlama işlevi yerine getirilecektir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre temaruz davranışının önlenmesi için yönetsel ve yapısal önlemler sunulmuştur. Yapısal önlemler noktasında sözleşmeli istihdam, özelleştirme, özlük haklarını düzenleme gibi örneklerden anlaşılacağı üzere temaruzla baş edebilmek yapısal ve köklü bazı düzenlemeleri gerektirmektedir. Aynı zamanda profesyonel bir yönetim anlayışının getirilmesi ve siyasi ilişkilerinin azaltılması sayesinde temaruz davranışı önlenecektir.

Yönetsel açıdan; iç denetim sisteminin harekete geçmesi, örgütsel adaletin sağlanması, kurum kültürü oluşturulması, çalışana yaklaşımın değiştirilmesi ve yaptırım uygulanmasının temaruz davranışını önleyeceğinin üzerinde durulmuştur. Temaruz davranışının nedenleri kısmında değinildiği üzere denetlenmeme ya da kontrol edilmeme bu davranışa sebebiyet vermektedir. Ertekin (2004: 57)'e göre denetim, yönetimin en temel öğelerinden birisidir. Denetim, örgütün amaç ve hedeflerine varmasını sağlayan ve çalışanların davranışları üzerine etki eden bir geribildirim sürecidir. Bu bakımdan yöneticiler sistem içerisinde bulunan kademelerin etkili bir denetim mekanizması ile kontrol edilmesine vurgu yapmışlardır. Denetim mekanizmasının aktifleştirilmesi hususunu yalnızca çalışanın denetimi şeklinde değil, aksine her kademenin denetimi olarak izah etmek yerinde olacaktır. Bu şekilde kurulan ve işleyen bir denetim sistemi gerek yöneticilerin gerekse sağlık çalışanlarının hesap verebilirliğini artıracığı için temaruz davranışı önlecektir.

Temaruzun nedenleri açısından örgütsel adaletin sağlanması önem arz etmektedir. İçerli (2010: 87)'ye göre örgütsel adalet, çalışanların davranışları üzerine etkili olan bir kavram olmakla beraber çalışanlar yöneticilerinin ya da örgütlerinin adil olmadıklarını düşündüklerinde tepkisel davranışlar göstermektedirler. Benzer şekilde bu araştırmanın bulgularına göre çalışanların iş yoğunluklarının eşit hale getirilmesi, herkese eşit davranılması ve adaletli bir ödeme sistemi oluşturulması sayesinde temaruz davranışının önüne geçilecektir.

Temaruz davranışını önleyebilmek adına bir diğer yapılması gereken ise kurum kültürü oluşturmaktır. Özellikle örgütlerde temaruz davranışına dair bir farkındalık

oluşturulduğunda ve kurallar konduğunda temaruz davranışının önüne geçilebilecektir. Gerçekten hasta olmayan kişilere ikili ilişkilerle raporları veren taraf olarak hekimlerin bilinçlenmesi bu bakımdan kıymete değer görünmektedir. Aynı şekilde çalışanlarda bu konuya dair oluşturulacak olan farkındalık ve bilinçle temaruz davranışı önlebilecektir.

Çalışma şartlarında yapılacak olan düzenlemeler sayesinde temaruz davranışı önlebilecektir. Esasında yöneticiler, çalışma şartlarından kaynaklı temaruz davranışının sergilendiğini görebilmeli ve bu hususların üzerine gitmelidirler. Örneğin çalışanlara dinlenme imkânı tanıma, onları rahatlatma, çalışma saatlerini düzenleme gibi uygulamalar sayesinde temaruz davranışı önlenebilecektir.

Temaruzu önlemede bir diğer yönetsel önlem çalışana karşı yaklaşımı değiştirmedir. Öyle ki yöneticilerin bazıları daha çok çalışanla iletişim ve ilişki içerisinde olunması halinde temaruz davranışının önleneyeceğini düşünmektedir. Başka bir deyişle yöneticinin çalışanlarıyla iletişim halinde olması ve bu sayede çalışanlarının istek ve arzularını anlamaya çalışan bir tavır sergilemesi temaruz davranışının önüne geçecektir. Bazı yöneticiler ise daha sert bir tavrın sergilenmesi gerektiğine vurgu yapmış ve otoriter bir anlayışın temaruz davranışı önleyeceğinin üzerinde durmuşlardır. Bu noktada araştırmacı; yöneticilik algısı bakımından kendisini otoriter olarak ifade edenlerin çözüm önerilerinin daha sert olduğunu ve yine kendisini daha ılımlı bir yönetici profili ile sunanların çözüm önerilerinin bakış açılarına paralel olduğunu fark etmiştir.

Temaruz davranışını önlemeye yönelik son strateji ise yaptırım uygulamadır. Bu noktada özellikle davranışın önüne geçebilecek yasal prosedürlerin hayata geçirilmesinin üzerinde durulmuştur. Nitekim mesai silme, maddi ceza verme, kınama gibi pek çok yaptırım sayesinde temaruz davranışının önlenebileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan hakem hastaneye gönderme noktasında uzak hakem hastanenin bir çözüm olabileceği düşünülmektedir.

Temaruz davranışını yönetebilmek için bir yöneticinin sahip olması gereken özellikler “kişilik özellikleri”, “yöneticilik tarzı” ve “yönetici özellikleri” şeklinde üç kategoriye ayrılmıştır. İlk etapta yöneticinin zeki, empati kurabilen, önyargısız, özeleştirici yapan, uyanık gibi özelliklere sahip olması gerektiği ifade edilmiştir. Yine yöneticilik tarzı açısından yöneticilerin bazıları temaruz davranışını yönetebilmek için

sert bir tarzın gerektiğinin üzerinde durmuşlardır. Bu noktada bazı yöneticiler ise anaçlığın, kucaklayıcı olmanın ve koltuk düşkünü olmamanın önemine değinmişlerdir. Ek olarak temaruz davranışının önlebilmesi için yöneticinin çalışanlarına karşı adil olması gerekmektedir. Bu bağlamda Ali Bey (Laboratuvar Sorumlusu)'in *“Mesela dediğim gibi şu hakem heyetlerinin tanıdığı olmayan kişiyi hakem heyetine gönderiyorsa diğerini de göndermeli heyete. Adaletle yaklaşılsa olur.”* şeklindeki açıklamaları kıymete değer görünmektedir.

Temaruz davranışı yönetebilmek için sahip olunması gereken yönetici özellikleri; “teknik beceri”, “kavramsal beceri” ve “beşerî beceri” şeklinde ayrılmıştır. Teknik açıdan yöneticilerin sağlık hizmetleri anlamında bilgi sahibi olması ve alanında birikimli olması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Kavramsal beceri bakımından; problemlerin tespit edilmesi ve bunlara yönelik çözüm üretmenin önemine değinilmiştir. Yine yöneticinin çalışanlarına örnek teşkil ettiğini hesaba katarak mesaiye uyma ve ikili ilişkileri göz ardı etme gibi bir bakış açısıyla hareket etmesinin üzerinde durulmuştur. Son olarak yöneticinin beşerî beceriler açısından çalışanlarla ilişki içerisinde olması, çalışanlarını gözlemlemesi ve daha açık bir şekilde sahaya hakimiyet kurması gerekli görülmüştür.

Temaruz davranışının süreç yönetimine dair “davranışın tespit edilmesi” ve “yapılacak uygulamalar” şeklinde ikiye ayrılmıştır. İlk etapta temaruz davranışının tespit edilmesi ya da gerçekten temaruz davranışı olup olmadığının anlaşılması gerekmektedir. Yöneticiler temaruzdan şüphe ettiği çalışanla ilk etapta iletişime geçmeli ve daha sonrasında temaruza yönelik değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme yaparken yöneticiler çalışanın davranışının neden sergilendiğinin üzerine gitmelidir. Aynı zamanda yöneticiler davranışın kanıtlanmasını sağlamalı ya da başka bir ifadeyle sergilenen davranışın gerçekten temaruz olup olmadığının üzerinde durmalıdırlar. Yöneticiler profesyonel bir bakış açısı ile çalışana karşı önyargılarını geride bırakmalı, olayı şahsileştirmemeli, kişiyi eleştirmemeli ve etikeletmemelidirler. Aynı zamanda çalışanın neden bu davranışı sergilendiğini anlamak çözüm önerisi üretmek açısından kıymetli görünmektedir. Yöneticiler kişinin gerçekten hasta olabileceğini düşünerek hareket etmeli ve teyit yöntemlerini çeşitlendirmelidirler. Zira kişinin gerçekten karmaşık bir sorunu olabileceğini düşünmenin ya da hesaba katmanın yöneticilere bir zararı olmayacaktır.

Değerlendirme tamamlanıp yönetici davranışın temaruz olduğunu tespit ettikten sonra yapılacak uygulamalar “müzakereci” ve “yıkıcı” yaklaşım şeklinde ikiye ayrılmıştır. Müzakereci yaklaşımda yöneticinin kişiye karşı daha ılımlı bir tavırda yaklaşması söz konusudur. Yine yöneticilerin temaruz davranışından etkilenen ekibi de hesaba katarak uygulamalarını sürdürmesi gerekmektedir. Nasıl ki yöneticinin temaruz davranışını sergileyene karşı çok sert bir tavır yok ise aynı şekilde ekip arkadaşlarının yaşayacağı mağduriyetleri hesaba katarak karar vermesi gerekmektedir. Aksi halde yöneticiler temaruz davranışının zarar gören tarafı olarak ekip arkadaşlarının yaşayacağı sorunlarla yüz yüze kalacaklardır. Son olarak yöneticinin temaruz davranışını yönetebilmesi için daha yıkıcı bir tavır sergilemesi gerekmektedir. Davranışla ilgili konuşmanın ve hatta hakem hastane uygulamasının işe yaramadığı belirtilmiş ve dolayısıyla cezai yaptırımlarla bu davranışın önüne geçileceği düşünülmektedir.

5.1.8. Sağlık Çalışanlarının Temaruz Davranışı Bulgularının Kuramsal Açıdan Değerlendirilmesi

Pescosolido (1992: 1100-1102) “*Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help*” adlı makalesinde rasyonel seçim çerçevesine dayalı bir sentezin sosyal davranışları açıklamada yetersiz olduğunu ileri sürmüştür. Bu noktayı beş ana başlık üzerinde temellendirmiştir. Bu ana başlıklardan ilki bireylerin zihinsel hesaplamalarının sosyolojik bağlamda ne kadar anlamlı olduğudur. Öyle ki rasyonel seçim çerçevesi, bireylerin eylemlerini sadece kendi başlarına ele aldığı için sosyal etkileşimleri göz ardı etmektedir. İkincisi, yalnızca bireylerin zihinsel süreçlerine mercek tutmak toplumsal olguların gerçek mekanizmalarını anlamamaya engel oluşturduğudur. Bu bakımdan toplumsal etkileşimlerin ve ilişkilerin karar alma süreçlerinde kritik bir rol oynadığı göz ardı edilmektedir. Üçüncüsü, sosyal ağlar ve ilişkiler içine eylemlerin yerleşik olduğu gerçeğinin göz ardı edildiğidir. Nitekim sosyal ağlar ve bağlantılar, karar alma süreçlerini önemli şekilde etkileyebilmektedir. Dördüncüsü, rasyonel seçimin bireysel eylemleri izole seçimler olarak ele alması karar alma süreçlerinin ve sosyal dinamiklerin tam olarak anlaşılmasının önünde engel oluşturduğudur. Beşincisi ise eylemleri yalnızca rasyonel seçimler olarak ele almak sosyal eylemlerin karmaşıklığını ve çeşitliliğini tam olarak yansıtmayacağıdır. Öyle ki kültürel alışkanlıklar, normal ve rutinler gibi faktörler

bireylerin eylemlerini şekillendirirken önemli bir rol oynar ve bunlar genel olarak rasyonel seçimin dışında yer almaktadır. Nihai olarak rasyonel seçim, sosyal eylemi tam olarak anlamak ve açıklamada bu nedenlerden ötürü yetersiz kalmaktadır.

Bu hususlar ışığında temaruz davranışının çok yönlü bir fenomen olması, çok sayıda argümanla ilişkisi olması, temaruz davranışını rasyonel seçimle ele almanın ve tek bir sebebe ya da bağlama indirgemenin bu davranışı anlamada yetersiz kalabilmesi, temaruz davranışında toplumsal etkileşimlerin ve ilişkilerin hâkim olması gibi nedenlerden ötürü konuyu kuramsal açıdan bir yaklaşıma indirgemek yanlış olacaktır. Bu bakımdan araştırmanın bulguları gerek makro teoriler gerekse temaruz davranışını ortaya koyan ilgili mikro teoriler ışığında tartışılacaktır.

Temaruz davranışının nedenlerini Hile Üçgeni Teorisinden yola çıkarak ele almak yarar sağlayacaktır. Nitekim hile üçgeni, teşvik/baskı, fırsat ve meşrulaştırma şeklinde üç unsurdan oluşmaktadır. Teşvik, bireyleri hileli eylemlerde bulunmaya iten motivasyonlardır. Fırsat hile yapmaya uygun zemin oluşmasıdır. Meşrulaştırma ise hileyi yapacak kişinin elde edeceği menfaati kendi zihninde mümkün kılan bir gerekçe sunmasıdır (Okan-Gökten, 2018: 657-658). Bu bakımdan temaruz davranışının nedenlerine dair bulgular yorumlandığında kişisel nedenler motivasyonel bir unsur taşıdığı için bireyler açısından teşvik edicidir. Bu noktayı açmak gerekirse kurumdan uzaklaşma, kendilerini düşünerek hareket etme, çalışma şartlarının kolaylaşmasını isteme, özel yaşamlarını düşünme, başka bir yere seyahat etme, işlerine karşı aidiyet besleyip/beslememe, diğer arkadaşlarıyla sorunlar yaşama, informal güce sahip olma ve kültürel öğretiler bireylerin temaruz davranışının motivasyonunu oluşturmaktadır. Örnek vermek gerekirse bir kimse o an çalışmak istemediğinde ya da bir yere tatile gitmek istediğinde temaruz davranışındaki teşviki oluşturan unsur bahsi geçen motivasyonlardır. Yine bu kişi bazı fırsatlar oluştuğunda temaruz davranışını sergilemektedir. Öyle ki bu noktada temaruz davranışının nedenleri bakımından yönetsel ve yapısal nedenler fırsat unsurları olarak ön plana çıkmaktadır. Bu noktada denetimsel eksiklerin olması, istemediği yerde ya da görevde çalıştırılma, üstüyle sorunlar yaşama, yönetsel bazı sıkıntılar oluşması, ceza sistemi yapısı, rapor sistemi unsurları, istihdam güvencesi gibi fırsatlar belirginleşmektedir. Çalışanlar bu fırsatlar oluştuğunda kendi davranışlarını sergileyecek zemini yakalamakta ve temaruz başvurumaktadırlar. Meşrulaştırma açısından çalışılan alanla ilgili nedenlere değinmek

yerinde olacaktır. Burada ön plana çıkan çalışılan alanın baskısı, işteki baskılar (hasta ve yakınlarına tedavi sunma, başkasının işini görme, iş yoğunluğu vb.) gibi unsurlardır. Nitekim temaruz davranışını sergileyenler bu nedenlerden hareketle davranışlarına meşru bir zemin oluşturmaktadır. Yine yönetsel nedenleri meşrulaştırma bakımından vurgulamak gerekmektedir. Öyle ki çalışan kendi istek ve arzularının yerine getirilmediğini gördüğü zaman temaruz davranışına başvuracaktır.

Temaruz davranışının nedenlerinden örgütlemeye ve ast-üst ilişkileriyle ilgili sorunlar yaşanması hususunu Çatışmacı Yaklaşım açısından ele almak yerinde olacaktır. Çalışanların zihninde adalet önemli bir yer teşkil etmekte ve bu yapıda herhangi tehdit uyandıran unsur olması halinde örgütsel adalet algısı zedelenmektedir. Sağlık çalışanlarının adalet duygusu sarsıldığında ve kendi istek ve arzuları kulak arkası edildiğinde gerçekte hasta olmamalarına rağmen hasta gibi davrandıkları görülmüştür. Esasında hastalık yöneticinin es geçemeyeceği ve İşlevselcilere göre toplumun dengesini bozan ancak bu dengeyi koruyabilmek için hekim-hasta ilişkisiyle tekrar dengeye getirilmesi gereken bir olgudur. Nihai olarak hastalık, sağlık çalışanlarına yöneticisiyle yaşadığı sorunlarda ve kendi istekleri ve arzuları görülmediği takdirde bir kaçış yolu sunmaktadır. Ast-üst ilişkilerindeki iletişim aksaklıkları ve çalışanların isteklerinin göz ardı edilmesi gibi nedenlerden ötürü sağlık çalışanları temaruz davranışına başvurumaktadırlar. Bir başka deyişle çalışanlar üstleriyle alakalı yaşadıkları sorunları kompanse etmek adına hastalığı kullanmaktadırlar.

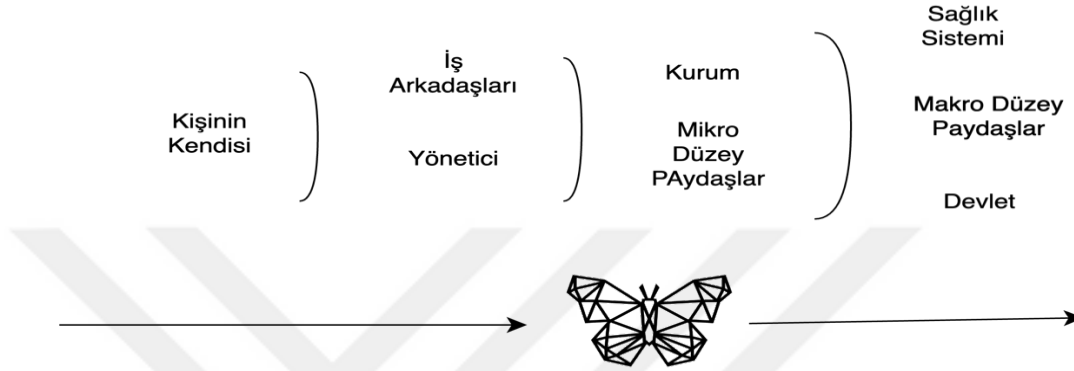
Temaruz davranışının fark edilmesi ve yorumlanmasına dair bulguları Talcot Parsons'ın hasta rolü kavramından hareketle ele almak yerinde olacaktır. Yine araştırmanın hasta rolünü ele alan ilgili kısmında ifade edildiği üzere, bu kavram hasta kimsenin rol ve sorumluluklarını ifade etmektedir. Yöneticiler zihinlerindeki hasta tipolojisiyle çalışanlarını eşleştirmediklerinde ya da bu noktada zihinlerinde oturmayan unsurlar olduğunda çalışanlarının gerçekte hasta olmadıklarını fark etmektedirler. Öyle ki yöneticiler "hastalık algısına" göre görünürde bir şeyi olmama, makyajla gelme, rapor alma çabasının sürmesi gibi davranışları gerçek bir hastanın sergilemeyeceği fikrine sahiptirler. Yine Parsons'ın hasta rolü ekseninde konuya bakıldığında, yöneticilerin ifadelerinin yoğunlaştığı nokta hastanın sorumluluklarının yerine getirilmiyor olduğudur. Örnek vermek gerekirse yöneticiler "hastayım" diyerek

izin alan bir kişiyi dışarda gördüklerinde kişinin gerçekte hasta olmadığına kanaat getirmişlerdir. Yine yöneticiler çalışanlarının tedaviden kaçınması, hekime görünmemesi gibi davranışları gerçek bir hastanın sergileyeceğini düşünmedikleri için yaşadıkları farkındalığı dile getirmişlerdir.

Temaruz davranışının nasıl sergilendiğine dair bulgulara bu çalışmanın ilgili kısmında verilen Sembolik Etkileşimci yaklaşımın öğretileri bağlamında bakmak yerinde olacaktır. Bu noktada ileri sürülen hastalıkların üzerinde durulması gerekmektedir. İleri sürülen hastalıklar genel olarak subjektif değerlendirmeye esas olan “ağrı” konusudur. Nitekim çalışanlar bu hastalıklara dair farkındalığı günlük hayatlarından, sosyal ve iş yaşamlarından edinmiş olabilirler. Aynı zamanda bu hastalıkların ileri sürülme nedenlerinde de görüldüğü üzere daha sonrasında kanıtlanmaması önem arz etmektedir. Bundan dolayı ifade edilen hastalıkların bu açıdan etkileşimler neticesinde edinildiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Yine sağlık çalışanları hal, hareket, tavır, ifadeler, bazı destekleyici davranışlar gibi sembollerle hastalığı destekleyici araçlardan faydalanmışlardır. Başka bir deyişle sağlık çalışanları gerek iş hayatlarında gerekse toplumsal yaşam içerisinde hastaya ait semboller, unsurları, kalıpları edinmiş ve davranışı sergilerken bunları kullanmışlardır.

Temaruz davranışının sonuçlarını bu araştırmanın kuramsal çerçeve kısmında değinilen İşlevselcilik Yaklaşımı açısından değerlendirmek yarar sağlayacaktır. Öyle ki temaruz davranışının kuruma, kişinin kendisine, iş arkadaşlarına, yöneticiye ve paydaşlara yönelik sonuçları bulunmaktadır. Burada üzerinde durulması gereken nokta temaruz davranışının araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde sorun meydana getirmesidir. Bir bakıma hastaneler sosyal kurumlardan bir tanesidir ve pek çok kısımdan (hastalar, personeller, diğer hizmet sağlayıcılar, tedaviler ve diğer unsurlar) oluşmaktadır. Nitekim bu yapıların her biri birbiriyle ilişki halindedir. Öyle ki sosyal hayat içerisinde norm ve değerler sistemlerin işlevsel olmasını mümkün kılmakta ancak bu sistemde meydana gelen bir değişiklik bütün parçalara etki etmektedir. Bu açıklamalardan hareketle temaruz davranışından ötürü; kurumsal açıdan hizmet sunumunda sorunlar yaşanmış, çalışma ortam ve huzuru (yaşanan mağduriyetler, işten sapmalar ve iş yükünün artması) bozulmuş, çalışanlar psikolojik anlamda zarar görmüş ve sosyal yaşamlarına yansımalar olmuş, örgütlenme faaliyetlerinde sorunlar yaşanmış, yönetsel güç zayıflamış ve motivasyon düşüklüğü yaşanmış, yönetim anlayışı

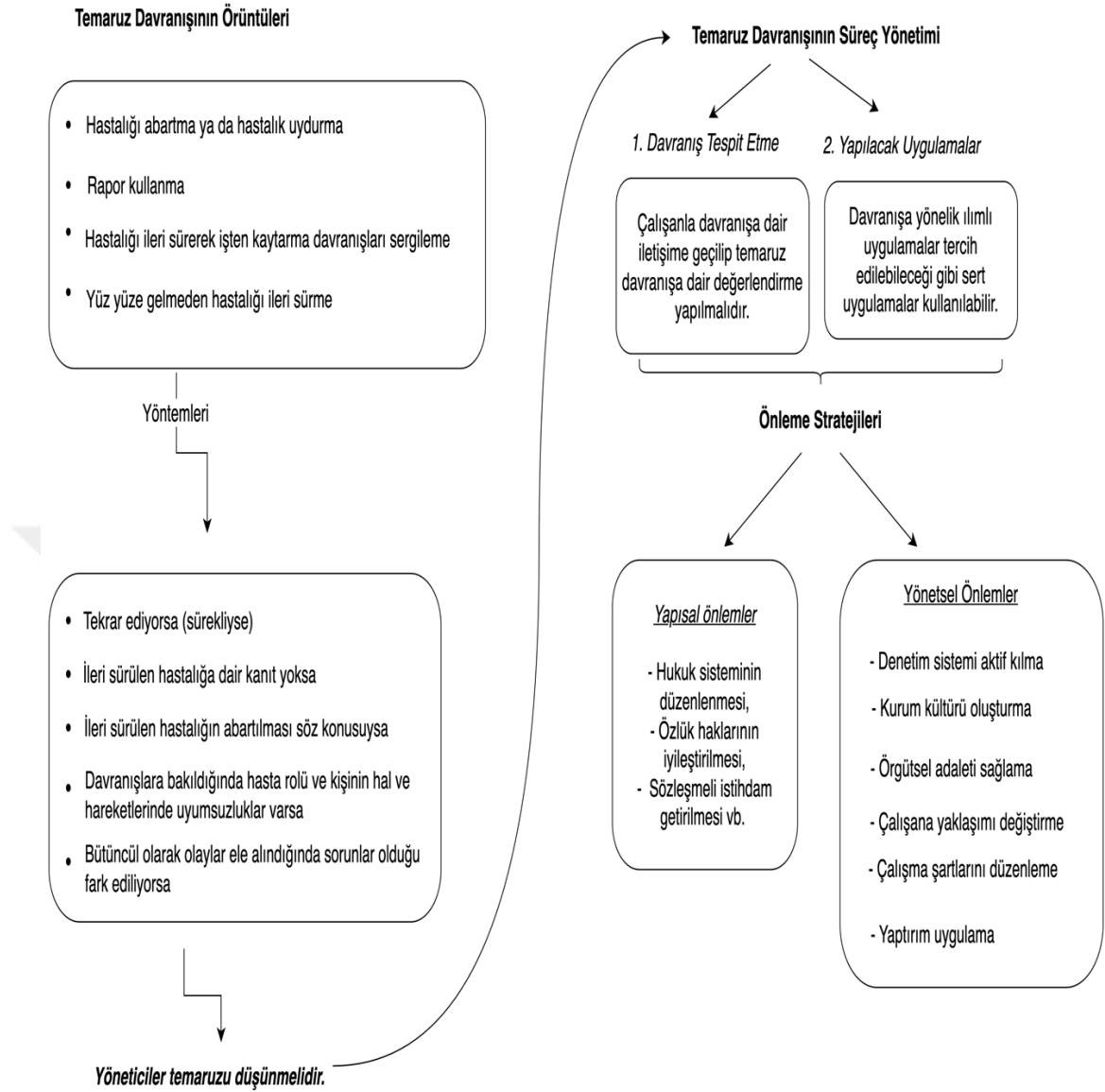
değişmiş, çalışanlarla ilişkilerde zorluklar oluşmuştur. Temaruz davranışı gerek hastalar gerek dış ve makro paydaşlar açısından sonuçlar meydana getirmiştir. Hastalar tedaviden geç yararlanmış, beklemek zorunda kalmışlardır. Yine temaruz davranışından dış paydaşlar zarar görmüştür. Bu unsurlardan hareketle temaruz davranışının kelebek etkisi oluşturduğunu ve sistemin bütün yapılarına etkisi olduğunu ortaya koyan şekle aşağıda yer verilmiştir.



Şekil 43. Temaruz Davranışının Sonuçları

Görüldüğü üzere farklı yaklaşımlar, farklı pencereler, sosyal gerçekliğin çok farklı yönleri konunun tek bir teori ile ortaya konması zorlaştırmaktadır.

Tüm bu ifadelerden hareketle temaruz davranışını anlama ya da fark etme meşakkatli bir süreç gerektirmektedir. Açıkça ifade etmek gerekir ki yöneticilerin temaruz davranışına dair bilinçli olması ve bu noktanın üzerinde durmaları önem arz etmektedir. Bundan dolayı yöneticilere ve konunun ilgililerine yol göstermesi ve fikir verebilmesi adına temaruz davranışının örüntüleri ve bu davranışla nasıl başa çıkılacağına dair model Şekil 44’te ortaya konmuştur.



Şekil 44. Temaruz Davranışını Fark Etme ve Önleme Modeli

Sonuç olarak sağlık çalışanlarının temaruz davranışının incelendiği bu çalışmada yöneticiler; çalışanlarını iş görme tarzları ve kişilik özellikleri üzerinden açıklamışlardır. Yine yöneticiler; çalışanlarına karşı paternalist, profesyonel, otokratik, edimsel ve yenilikçi bir anlayışla hareket etmektedirler. Sağlık çalışanları temaruz davranışını kişisel, çalışma şartlarıyla ilgili, yönetsel ve yapısal nedenlerden ötürü sergilemektedirler. Kişisen nedenler açısından sağlık çalışanları kendilerini düşündüklerinden, özel hayatlarını ve ailevi unsurları ön planda tuttuklarından, seyahat etmek istediklerinden, işe karşı yaklaşımlarından, kişiler arası ilişkilerden, informal güç ve kültürel unsurlardan ötürü temaruza başvurmaktadırlar. Çalışma

şartları noktasında sağlık çalışanları; çalıştıkları alandan, iş baskısından ve kurumsal özelliklerden ötürü temaruz davranışı sergilemektedirler. Yönetimsel açıdan sağlık çalışanları; denetimlerin yeterli olmaması, örgütlemeye ve ast-üst ilişkilerinde sorunlar olması, sorumluluktan kaçınılması ve yaptırımların uygulanmaması nedeniyle temaruza yönelmektedirler. Son olarak yapısal nedenler açısından; sağlık çalışanları ceza sistemindeki boşlukları, rapor sistemi ve hekim kaynaklı unsurları bildikleri ve istihdam güvencesine sahip oldukları için temaruz davranışı sergilemektedirler. Temaruz davranışı sergileyenler kişilik ve diğer özellikleri üzerinden açıklanmıştır. Kişilik özellikleri noktasında temaruz davranışı sergileyenler; duygusal tutarsız, geçimsiz ve özdenetimsiz olarak görülmektedir.

Temaruz davranışını yöneticiler; davranış tekrar ettiğinde, ileri sürülen hastalığa dair kanıt olmadığında, hastalık abartıldığında, davranışlar değerlendirildiğinde hasta rolü açısından uyumsuzluklar olduğunda ve bütüncül değerlendirdiklerinde fark etmişlerdir. Yöneticiler temaruz davranışını fark ettikten sonra kendileri, diğerleri ve davranışı sergileyen açısından hislere kapılmışlardır. Kendilerine yönelik değersizlik hissine kapılmış ve olumsuz duygular yaşamışlardır. Temaruz davranışı fark edildikten yöneticilerde davranışa yönelik; ispatın zorluğu, planlı davranış ve hekim klinik otonomisi konularında bilinç oluşmuştur. Temaruz davranışı sergilenirken sağlık çalışanları; pozitif temaruz, rapor, işten kaytarma ve yüz yüze iletişimden kaçınma yöntemlerini kullanmışlardır. Sağlık çalışanları davranışı sergilerken; kas-iskelet sistemi hastalıklarını, solunum sistemi hastalıklarını, sindirim sistemi hastalıklarını, sinir sistemi hastalıklarını, psikiyatrik hastalıkları, neoplazmları, kadın ve doğum hastalıklarını, enfeksiyon hastalıklarını ve diğer bazı hastalıkları ileri sürmüşlerdir. Bu hastalıkların tercih edilmesinin nedenleri ise; kanıtlanamaması, hastalık süresinin kısıtlılığı, inandırabilirlik düzeyi, teorik ve pratik semptom bilgisi ve defansif tıp eğilimidir. Temaruz davranışı sergilenirken sağlık çalışanları söylemsel ve davranışsal kalıplara başvurarak bu davranışı ortaya koymuşlardır.

Temaruz davranışının kuruma, kişinin kendisine, iş arkadaşlarına, yöneticiye ve paydaşlara yönelik sonuçları bulunmaktadır. Temaruz davranışından ötürü; kurumlar hizmet sunumunda sorunlar yaşamakta, davranışı sergileyenler ikincil kazançlar elde ettikleri gibi yaptırımlarla karşı karşıya kalabilmekte, iş arkadaşları iş ve sosyal hayatlarında sorunlarla karşılaşmakta, yöneticiler iş gördürme faaliyetlerinde

sorunlarla uğraşmakta ve paydaşlar hizmet alamama ve birtakım diğer problemlerle uğraşmaktadırlar. Temaruz davranışının önüne geçilmesi noktasında; yapısal ve yönetsel önlemler ileri sürülmüştür. Yönetsel açıdan; iç denetim sistemin harekete geçirilmesi, örgütsel adaletin sağlanması, kurum kültürü oluşturulması, çalışma şartlarının düzenlenmesi, çalışana yaklaşımın değişmesi ve yaptırım uygulanması gerekli görülmüştür. Bir yöneticinin süreci yönetebilmesi için sahip olması gereken kişilik ve yöneticilik özellikleri ve yöneticilik tarzı ortaya konmuştur. Son olarak her ne olursa olsun temaruz davranışının önlenememesi halinde yöneticiler; davranışı tespit etmeli ve sonrasında yaptırım uygulamalıdır. Davranışı tespit ederken çalışanla iletişime geçmeli, değerlendirme yapılmalıdır. Yöneticiler değerlendirme yaparken; davranışı anlamlandırmalı, hizmet işlerliğini kontrol etmeli ve davranışı kanıtlamalıdır. Esasında burada üzerinde durulan nokta davranışın gerçekten temaruz olup olmadığının üzerine gidilmesidir. Nihai olarak yöneticiler müzakereci ya da yıkıcı bir yaklaşımla çalışana yapacağı uygulamaya karar vermelidirler.

5.2. ÖNERİLER

- Temaruz Yapanlar

Bir kişinin temaruz yaptığına yönelik kanaat getirilmesi halinde eyleminin sorumluluğunu alabilmesi için kişide bilinç uyandırılması gerekmektedir. Özellikle bu anlamda kendisine bazı sosyal sorumluluk projelerine bulunarak bireysel istek ve arzularının önüne geçmesi sağlayabilir. Bu noktada kişiyle konuşmak, sorunları anlamak ve dolayısıyla geri dönüşler elde edilebilir.

- Araştırmacılar

Temaruz davranışı ile örgütsel açıdan baş edebilmek için öncelikli olarak yöneticilerin bu kavrama dair farkındalığının oluşması gerekmektedir. Bu bakımdan temaruz davranışını inceleyen ve örgütsel davranış alanına katkı sağlayacak pek çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Temaruz davranışı sergileyenlerin bizzat kendileri ve diğer çalışma arkadaşları üzerinden ayrı ayrı çalışmalar yürütülmesi bu davranışının unsurlarının daha net anlaşılması için önemlidir. Nitekim temaruz davranışını bizzat sergileyenlerin ve aynı zamanda çalışma arkadaşlarının davranışa dair deneyimlerini anlamak bu davranışın örgütsel bağlamının daha net ortaya konmasını sağlayacaktır.

Temaruz davranışının örgütsel bağlamının daha net anlaşılması için örgütsel temaruz ölçeğinin geliştirilmesi ve farklı örgütlerde uygulanmasında fayda vardır.

Geliştirilecek olan bu ölçek sayesinde pek çok araştırmacının bu kavram üzerine eğilmesi ve araştırmalar yapmasının imkânı artacaktır. Nihai olarak temaruz kavramına yönelik araştırmalar attıkça araştırmacılar, yöneticiler, çalışanlar ve sektörel bağlamda ilgili birimler davranışı anlama ve neler yapılması gerektiği noktasında fikir sahibi olabilecektir.

Bu araştırma iki kamu hastanesinde yürütüldüğü için özel hastaneler açısından yorum yapılması söz konusu olmamıştır. Farklı örneklem grupları ile özel sektörde temaruz davranışının örgütsel boyutunu ele alan araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu sayede temaruz davranışının sektörel unsurlarına dair hem araştırmacılar hem de konuya ilgili olanlar bilgi sahibi olacak ve aynı zamanda temaruz davranışının örgütsel boyutunu derleyen literatür nicelik ve nitelik olarak artış gösterecektir.

Bu araştırmanın katılımcı grubunu daha çok yaşları genç ve genellikle yöneticilik süreleri 10 yılın altında olan kişiler oluşturmaktadır. Bu bakımdan daha fazla deneyimi olan yöneticilerle ve çalışanlarla benzer araştırmaların yürütülmesi örgütsel temaruz kavramının literatürünün gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Yine yöneticilerin temaruzun önlenmesi, yönetici özellikleri ve temaruzla başa çıkma stratejilerinde fikir birliği içerisinde olmaması bu anlamda araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Öyle ki bu araştırmanın bulgularına göre kimi yönetici daha sert bir tavrın temaruzun önüne geçeceğini ifade ederken kimisi de çalışanı kaybetmemek gerektiğinin üzerinde durmuştur. Temaruzun önlenmesi ve süreç yönetimine dair araştırmaların yapılması ve yine bu anlamdaki literatürün genişlemesi sayesinde konunun ilgililerine yol gösterici bir yol haritası oluşması sağlanmış olacaktır.

- Yöneticiler

Temaruz davranışının nedenleri ve önlenmesi noktasında bir yönetim fonksiyonu olarak denetim unsurunun üzerinde durulması gerekmektedir. Öyle ki insanlar yaptıkları faaliyetlerin yeterince denetlendiğini ve eylemlerinden kaynaklı birine karşı sorumlu olduklarının bilincinde olduklarında iş görme davranışlarını düzenleyecektir. Açıkçası denetim mekanizmasının yalnızca alt çalışanlar özelinde değil, örgütsel bağlamda herkesin denetimini kapsayacak şekilde yapılması gerekmektedir. Örgütlerin hem kendi iç denetim mekanizmasını oluşturması hem de

üst kurullar tarafından faaliyetlerinin gözden geçirilmesi sayesinde sorumluluk bilinci oluşacak ve temaruzla baş edebilmek kolaylaşacaktır.

Örgütsel adalet algısının çalışanlarda yüksek olması temaruz davranışını önüne geçme noktasında kıymetli görünmektedir. Çalışanların maaş, iş dağılımı, isteklere karşı gösterilen anlayış gibi unsurlarla kendi örgütlerine karşı adalet algıları şekillenmektedir. Yöneticiler bu bağlamda kendi üzerlerine düşenleri yerine getirmeli ve çalışanların kafalarında oluşacak soru işaretlerini kaldırmaya yönelik uygulamalarda bulunmalıdır. Örneğin gereksiz rapor aldığını tespit ettiğini bir kimseyi hakem hastaneye gönderirken diğer kişiyi tanıdığı için-informal ilişkilerden kaynaklı-yollamamak yanlış bir uygulama olacaktır.

Temaruz davranışı ile karşılaşan bir yöneticinin sinirlenmesi ve çalışana yüklenmesi doğru bir davranış olmayacaktır. Bu araştırmanın bulgularından hareketle yöneticilerin süreci yönetirken öncelikle çalışanlarıyla iletişime geçmesi ve sorunun ne olduğunu anlamaları gerekmektedir. Bir bakıma yöneticiler adeta bir dedektif gibi hareket ederek iz sürmeli ve çeşitli teyit yöntemleri kullanmalıdır. Zira ilk defa bu davranışı sergileyen bir kimsenin temaruz yaptığını düşünmek yöneticiyi yanıltacaktır. Bundan ötürü yöneticiler profesyonel bir bakış açısı ile çalışanına söz hakkı vermeli, durumun ispatı sağlanmalı ve şayet delil yoksa bu kişiye yapılacak uygulamalara karar vermelidir. Yine belirtmek gerekir ki katı bir tavır sergilemek yönetici ile çalışan arasındaki ilişkinin zarar görmesine neden olacaktır. Esasında yapılması gereken çalışanı kazanmaya çalışmak ve bu davranış sonucunda bireysel, örgütsel ve sistemsel yansılardan bahsedilmesi gerekmektedir.

Yöneticilerin temaruz davranışı sergilediğini düşündüğü kimseleri hakem hastaneye göndermesi ne kadar makul bir uygulama gibi gözükse de bir süre geçmesi nedeniyle kanıtlanabilirlik açısından sorunlar olmaktadır. Nitekim hakem hastane uygulamasında yapılacak düzenlemeler ve uygulamalar sayesinde temaruz davranışının önüne geçilmesini sağlanacaktır. Hasta olduğunu belirten bir kimseyi hemen hakem hastaneye yollamak zorlayıcı ve baskıcı bir tavır olduğu gibi her ilde bağımsız şekilde çalışacak ve karar alabilecek hekimlerden oluşan hakem heyetlerinin kurulması şeklinde bir uygulama sayesinde temaruz ile baş edilebilmesi mümkün olacaktır.

- Üçüncü Taraflar

Temaruz davranışına yönelik örgütlerde bilinç oluşabilmesi için bu kavramın ana hatlarını ve inceliklerini belirlemek ve örgütlere bu noktaları kazandırmak gerekmektedir. Bu çalışmanın yürütüldüğü kurumlar özelinde konuşmak gerekirse temaruz davranışı neticesinde pek çok sorun meydana gelmektedir. Gerek klinik psikologların gerekse örgütsel davranış ve yönetim bilimcilerin bir arada olduğu bir ekiple bu kavrama dair bilincin artması için çalışmalar yürütülebilir. Bu noktayı biraz daha net ifade etmek gerekirse, bu anlamda uzman olan ekiplerin hem örgüt yöneticilerine hem de çalışanlara davranışa dair farkındalık oluşturmak için vereceği eğitimler kıymetli görünmektedir.

Temaruzla baş edebilmesi için yapısal -hukuki düzenlemeler- dönüşümlere ihtiyaç vardır. Öyle ki çalışanlar çok fazla ceza almayacaklarını bildikleri ve yöneticiler de davranışın peşine düşülse de bir şey olmadığını düşündükleri için temaruz davranışı sergilenmektedir. Bu davranışın mikro düzeyde örgütlere makro düzeyde devletin bizzat kendisine verdiği zarar göz önüne alındığında politika aktörlerine iş düşüğünü söylemek yerinde olacaktır. Nihai olarak politika aktörlerinin temaruz kavramına dair farkındalığının oluşması ve bu anlamda yapacakları düzenlemeler temaruzla baş edebilmek adına değerli görünmektedir.

Kamu alanında çalışan kimselerin istihdam güvencesi içerisinde olması bu araştırmanın sonuçları bakımından kıymete değerdir. Bu sebepten ötürü kamu alanındaki istihdam güvencesinin kişilere sağladıklarını hesaba katarak politika aktörlerinin bu noktada düzenlemeler ve değişiklikler yapması gerekmektedir. Aksi halde insanlar iş güvencesine sahip oldukları için işten kaytarmaya yönelik davranışları sergilemekten çekinmeyecektir. Bu anlamda sözleşmeli istihdam bir noktada çıkış kapısı sunabilir ancak bununla ilgili pilot uygulamaların yapılması önem arz etmektedir. Öyle ki kimi taraflarca bu uygulamaların kötüye kullanımının önüne geçilmesi önem arz etmektedir.

Kolay rapor alabilme temaruz davranışının sergilenmesine neden olmaktadır. Bu anlamda rapor unsuruna dair çalışanlarda ve toplumun genelinde bilinç oluşması gerekmektedir. Daha önce ifade edildiği üzere raporlar, hastalık ve sakatlık durumlarında verilmesi gereken prosedürlerdir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre ikili ilişkilerle alınan raporlar sistem içerisinde bazı olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.

Öyle ki gerek hekimlerin gerekse çalışanların bu noktada farkındalık kazanması yararlı olacaktır. Özellikle yıllardan beri olagelen rapor alışkanlıklarının değişmesi ilk etapta zor olsa da hekim muayenelerinin bunun önüne geçebileceği düşünülmektedir.

Sağlık meslek çalışanlarının çoğunluğunu kadınlar oluşturmakta ve kadınların doğum sürecinde izne ayrılmaları gerekmektedir. Araştırmacı sahada veri toplarken doğum yapan kadınların sürekli rapora başvurdıklarını fark etmiştir. Öyle ki yasal düzenlemeler doğum için anneye doğum öncesi ve sonrası olmak üzere belirli bir süre izin vermektedir. Bu sürenin sonunda çalışan anneler rapora başvurarak -kendi yöneticilerinin bilgisi dahilinde- izin kullanmaktadırlar. Anlaşıyor ki bu süre çalışan annelere yeterli gelmediği için izinlerini uzatmak girişimi içerisine girilmektedir. Politika aktörlerinin konunun üzerine eğilmesi ve doğum öncesi ve sonrası şeklinde olan izin sürecine yönelik çalışmalar yapması önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, R., (2021), *Hastalık, Sağlık ve Toplum: Bir Sağlık Sosyolojisi İncelemesi*, İstanbul: Dün Bugün Yarın Yayınları.
- Adamou, M. C. and Hale, A. S., (2003), "PTSD and the Law of Psychiatric Injury in England and Wales: Finally Coming Closer?", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 31(3): 327-332.
- Adetunji, B. A., Basil, B., Mathews, M., Williams, A., Osinowo, T. and Oladinni, O., (2006), "Detection and Management of Malingering in a Clinical Setting", *Primary Psychiatry*, 13(1): 68-75.
- Aho, J. and Aho, K., (2008), *Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease, and Illness*, Lexington Books.
- Akca, C. ve Erigüç, G. (2006), "Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları ile Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(2): 126-153.
- Aksan, N., Kısac, B., Aydın, M. and Demirbukan, S., (2009), "Symbolic Interaction Theory", *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 1(1): 902-904.
- Alataş, E., Berkol, T. D. ve Bulut, S. D., (2017), "İki Olgu Üzerinden Disosiyatif Bozukluklar ve Karşı Aktarım", *Medical Journal of Bakirkoy*, 13(1): 44-47.
- Alexander, M. P., (1995), "Mild Traumatic Brain Injury: Pathophysiology, Natural History, and Clinical Management", *Neurology*, 45: 1253-1260.
- Alhojailan, M. I., (2012), "Thematic Analysis: A Critical Review of Its Process and Evaluation", *West East Journal of Social Sciences*, 1(1): 39-47.
- Alparslan, E. ve Orhan, K., (2016), "İşgücü Kaybının Nedenleri, Etkileri ve Alınabilecek Önlemler: Denizli Kablo ve Tel Üreticisi Bir Firmada Araştırma", *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 7(2): 41-64.
- American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th Edition)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anık Baysal, İ., (2012), *Presenteeism (İşte Varolmama Sorunu) ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Adnan Menderes Üniversitesi Akademik Personeli Üzerinde Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Aracı, M., (2016), "Çalışan Yokluğunun Yönetimi: Nedenleri ve Yokluk Sorunlarına Çözüm Önerileri", *Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal*, 1: 365-378.
- Ardıç, F. C. (2018), *SIMS Temaruz Ölçeği (Türkçe SIMS): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Tıpta Uzmanlık Tezi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği.
- Ardıç, M. ve Dulkadir, B., (2018), "İşgörenin Devam Durumunun İnsan Kaynakları Bilgi Sistemiyle İşletme Verimliliğine Etkisinin İncelenmesi", *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(2): 1129-1137.

- Ardolf, B. R., Denney, R. L., and Houston, C. M. (2007), "Base Rates of Negative Response Bias and Malingered Neurocognitive Dysfunction Among Criminal Defendants Referred for Neuropsychological Evaluation", *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 899-916.
- Aronoff, G. M., Mandel, S., Genovese, E., Maitz, E. A., Dorto, A. J., Klimek, E. H., and Staats, T. E., (2007), "Evaluating Malingering in Contested Injury or Illness", *Pain Practice*, 7(2), 178-204.
- Atalay Saka, A. M., (2018), *Maluliyet İstemiyle Başvuran Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Temaruz Eğilimi ve İlgili Klinik Değişkenlerin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.*
- Atay, S., (2007), "İş Yaşamında Temaruz Olgusu (Malingering)", *Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi*, 23(2): 1-10.
- Avcı, N., (2007), "Mevlânâ'nın Mesnevi'sinde Devrin Tıp ve Halk Hekimliği", *İstem*, 5(10): 155-168.
- Bacak, B. ve Yiğit, Y., (2010), "İşe Devamsızlığın Nedenleri, Ekonomik Sonuçları ve Azaltılması İçin Alınması Gereken Önlemler", *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1): 29-44.
- Baddeley, A., (2005), *Essentials of Human Memory*, UK: Taylor & Francis.
- Bakay, M. (2014), "Öğretmen Devamsızlığının İncelenmesi: Menderes İlçesi Örneği", *Ege Eğitim Dergisi*, 15(1): 233-250.
- Balasundaram, P. and Santhanam, P. (2022), "Eating Disorders", *StatPearls* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/> Erişim Tarihi: 13.10.2022.
- Balint, M. (1955), "The Doctor, His patient, and the Illness", *The Lancet*, 265(6866): 683-688.
- Baltacı, A. (2017), "Nitel Veri Analizinde Miles-Huberman Modeli", *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1): 1-14.
- Baltacı, A. (2019), "Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır?", *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2): 368-388.
- Bass, C. and Halligan, P. W. (2007), "Illness Related Deception: Social or Psychiatric Problem?" *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(2): 81-84.
- Bass, C. and Wade, D. T. (2019), "Malingering and Factitious Disorder", *Practical Neurology*, 19(2): 96-105.
- Baudrillard, J. (2011), *Simulakrlar ve Simülasyon*, (Çev. O. Adanır), İstanbul: Doğubatu Yayınları.
- Bellman, V., Chinthalapally, A., Johnston, E., Russell, N., Bruce, J. and Saleem, S., (2022), "Malingering of Psychotic Symptoms in Psychiatric Settings: Theoretical Aspects and Clinical Considerations", *Psychiatry Journal*, 1-9.
- Bender, S. D., (2018), "Malingered Traumatic Brain Injury", in R. Rogers and S. D. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Edition), (pp. 122-150), New York, London: The Guilford Press.
- Beşirli, H., (2017), *Yemek Sosyolojisi: Yiyeceklere ve Mutfığa Sosyolojik Bakış*, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Bissell, P., Traulsen, J.M. and Haugbolle, L. S., (2002), "An Introduction to Functionalist Sociology: Talcott Parsons' Concept of the "Sick Role", *Int J Pharm Pract*, 10: 60–68.
- Blumer, H., (1986), *Symbolic Interactionism Perspective and Method*, London: University of California Press.
- Bostan, S., (2022), "Hasta ve Çevresi", içinde S. Bostan, M. Özata ve R. Erdem (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi Genel Konular*, (ss. 43-66), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bozkurt-Zincir, S., Yanartaş, Ö., Semiz, Ü. B. ve Kazan, Ö., (2012), "Konversiyon Bozukluğu ile İlgili Psikiyatrik ve Nörolojik Bakış Açılarının Bir Olgu Nedeniyle Gözden Geçirilmesi", *Journal of Mood Disorders*, 2(4): 186-90.
- Boztepe, Y., (2007), Türkiye’de İşsizlik Kavramı ve İşsizliğin Ortadan Kaldırılması ile İlgili Bir Model Oluşturulması, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Braun, V. and Clarke, V., (2006), "Using Thematic Analysis in Psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77-101.
- Brittain, R. P., (1966), "The History of Legal Medicine: The Assizes of Jerusalem", *Medico-Legal Journal*, 34(2): 72-73.
- Brody, H., (2003), *Stories of Sickness*, 2nd Edition, New York: Oxford University Press.
- Bul, S. (2007), Okul Müdürlerinin Motive Etme Becerisi ile Liderlik Yaklaşımları Arasındaki İlişki (Kocaeli İli Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana bilim Dalı, Kocaeli.
- Button, M., Lewis, C. and Tapley, J., (2009), *Fraud Typologies and Victims of Fraud*. London: National Fraud Authority. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/118469/fraud-typologies.pdf Erişim Tarihi: 10.4.2023.
- Cahalan, S., (2021), *Deliler Arasında İnsan Olmak" Akıl Hastalığı Nedir, Ne Değildir?*, (Çev. E. Toplanır), Ankara: Say Yayınları.
- Can, İ. (2019), *Sağlık Olsun: Sağlıkın Toplumsal Görünümleri*, Ankara: Çizgi Kitabevi.
- Cantürk, G. Adli Psikiyatri Lisansüstü Dersi [PDF Belgesi]. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/66271/Adli%20Psikiyatri%20Lisans%C3%BCst%C3%BC%20Dersi.pdf?sequence=1> Erişim Tarihi: 1.3.2022.
- Carter, D. M., MacKinnon, A. and Copolov, D. L., (1996), "Patients' Strategies for Coping with Auditory Hallucinations", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3): 159-164.
- Cederström, C. ve Spicer, A. (2022), *Sağlık Hastalığı: Güncel Bir Sendrom*, (Çev. E. Gökyaran), 2. Baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Chandran, S., Kishor, M., Raman, R., and Rao, S. (2017), "Intentionally Ill: A Case Report of Malingering in a Tertiary Care Hospital", *Journal of Medical Sciences and Health*, 3(3), 33-35.

- Chafetz, M. and Underhill, J., (2013), "Estimated Costs of Malingered Disability", *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(7): 633-639.
- Chesterman, L. P., Terbeck, S. and Vaughan, F., (2008), "Malingered Psychosis", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3): 275-300.
- Cihangiroğlu, N. ve Yılmaz, A., (2010), "Çalışanların Örgütsel Adalet Algısının Örgütler İçin Önemi", *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 10(19): 194-213.
- Cirhinlioğlu, Z., (2019), *Sağlık Sosyolojisi*, 8. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Cirhinlioğlu, Z., (2021), *Sağlık Sosyolojisi*, 9. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Cockerham, W. C., (2017), *Medical Sociology*, 14th Edition, New York and London: Routledge.
- Comas-Diaz, L., (2013), "Comadres: The Healing Power of a Female Bond", *Women & Therapy*, 36(1-2): 62-75.
- Conrad, P., (1992), "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, 18(1): 209-232.
- Conrad, P., (2005), "The Shifting Engines of Medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1): 3-14.
- Conrad, P. and Schneider, J. W., (1992), *Deviance and Medicalization*, Philadelphia: Temple University Press.
- Conroy, M. A. and Kwartner, P. P., (2006), "The Definition of Malingering", *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3): 30-51.
- Conti, R. P. and Preckajlo, J. H., (2021), "Malingered Mutism: The Case of Mary Doherty", *Journal of Psychology*, 9(1): 60-68.
- Cornell, D. G. and Hawk, G. L., (1989), "Clinical Presentation of Malingerers Diagnosed by Experienced Forensic Psychologists", *Law and Human Behavior*, 13(4): 375-383.
- Creswell, J. W., (2017), *Araştırma Deseni, Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*, (Çev. S. B. Demir), 3. Baskı, Ankara: Eğiten Kitap.
- Creswell, J. W., (2019), *Nitel Araştırmacılar İçin 30 Temel Beceri*, (Çev. H. Özcan), 2. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Creswell, J. W., (2020), *Nitel Araştırma Yönlere: Beş Farklı Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*, M. Bütün ve S. B. Demir (Çev. Ed.), 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J. W. and Miller, D. L., (2000), "Determining Validity in Qualitative Inquiry", *Theory Into Practice*, 39(3): 124-130.
- Cuff, E. C., Sharrock, W. W. and Francis, D. W., (2005), *Perspectives in Sociology*, Fourth Edition, London and New York: Routledge.
- Cumurcu, E. B., Karlıdağ, R., ve Özcan, A., (2005), "Yapay Bozukluk: Bir Olgu Sunumu", *Erciyes Tıp Dergisi*, 27(2): 84-87.
- Çeçen, A., (2020), *Kültür ve Politika*, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara: Astana Yayınları.

- Çelik, H., Baykal, N. B. ve Memur, H. N. K., (2020), “Nitel Veri Analizi ve Temel İlkeleri”, Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi, 8(1): 379-406.
- Çetin, Ş. ve Sözeri-Varma, G., (2021), “Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 13(4): 790-804.
- Daniel, A. E. and Resnick, P. J., (1987), “Mutism, Malingering, and Competency to Stand Trial”, Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law, 15(3): 301-308.
- David, A. S., (2009), “Clinical Assessment”, in A. S. David, S. Fleminger, M. D. Kopelman, S. Lovestone and J. D.C. Mellers (Eds.), Lishman’s Organic Psychiatry A Textbook of Neuropsychiatry, (4th Edition), (pp. 103-163), Wiley-Blackwell Pub.
- Davis, D. and Weiss, J. M. A., (2016), “Malingering and Associated Syndromes”, in S. Arieti and E. B. Brody (Ed.), American Handbook of Psychiatry, (3rd Edition), New York, NY: Basic Books.
- DeClue, G., (2002), “Feigning≠ Malingering: A Case Study”, Behavioral Sciences & the Law, 20(6): 717-726.
- Değirmenci, O. ve Tanrıverdi, B., (2017), *Türk Silahlı Kuvvetleri Disiplin Kanunu Şerhi*, 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Demir, M. ve Arslan, Ö., (2018), “Finansal Raporlama Hilelerinin Saptanmasında Kullanılan Araçların Önem Derecelerinin Bağımsız Denetçilerin Bakış Açılıyla Değerlendirilmesi”, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (30): 1099-1142.
- Demir-Dikmen, Y., Yönder, M., Yorgun, S., vd. (2014), “Hemşirelerin Profesyonel Tutumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3): 158-164.
- Demirgil, Z. ve Mücevher, M. H., (2017), “Meslek Yüksekokullarında Presenteeism: İdari ve Akademik Personel Üzerine Karşılaştırmalı Bir Analiz”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(21): 237-253.
- Devlet Memurları Kanunu (Karar sayısı: 657, Kabul tarihi: 14/7/1965, Resmi Gazete: 23/7/1965).
- Di Fiorino, M., (2007), “Factitious Disorders: The Munchausen and Ganserian Patients”, Revista Romana de Psihiatrie, 85-93.
- Dorland’s Illustrated Medical Dictionary, (2012), 32nd Edition, Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Durmuş, İ., (2019), “Çalışanların Bencillik Davranışlarının Motivasyonları Üzerindeki Etkisinde Performanslarının Aracı Etkisi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 22(2): 853-866.
- Ekman, P. and Friesen, W. V., (1974), “Detecting Deception from the Body or Face”, Journal of personality and Social Psychology, 29(3): 288.
- Ekman, P. and O’Sullivan, M., (1991), “Who Can Catch a Liar?”, American Psychologist, 46(9): 913-920.
- Erdem, R., (2023), Medikalizasyon, içinde V. Ayhan (Ed.), *Sağlık Sosyolojisi*, (ss. 155-176), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açık ve Uzaktan Öğretim Fakültesi Yayını.

- Erken, B., (2013), "Anayasal Çerçeve de Türkiye’de Çalışma Hakkı", ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi, 1(2): 67-68.
- Ersoy, F. A. (2019), "Fenomenoloji", içinde A. Saban ve A. Ersoy (Ed.), Eğitimde Nitel Araştırma Desenleri, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Eriş, H., ve Kaya, A. (2020), "Sağlık Çalışanlarında Sinizmin İş Doyumuna Etkisi", Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 7(4), 138-146.
- Ertekin, Y. (2004), "Çağdaş Yönetim ve Denetim", Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 1(1): 55-67.
- Ertürk, E., (2020), "Presenteeism (İşte Var Olamama Sorunu)", içinde A. Bedük ve M. Öztürk (Ed.), Farklı Boyutlarıyla Örgütsel Davranış, (ss. 143-166), 1. Baskı, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Falloon, I. R. H. and Talbot, R. E., (1981), "Persistent Auditory Hallucinations: Coping Mechanisms and Implications for Management, Psychological Medicine, 11(2): 329–339.
- False Memory Syndrome Foundation, (2022) <http://www.fmsfonline.org/?about=EarlyHistory> Erişim Tarihi: 24.10.2022.
- Fasih Arapça, <https://fasiharapca.com/tefaul-babi/28037> Erişim Tarihi: 11.4.2023.
- Fayganoğlu, P., (2021), "Karanlık Kişilik Özellikleri", içinde P. Kayganoğlu ve R. Can Yalçın (Ed.), Örgütlerin Karanlık Yüzü, (1. Baskı), (ss. 7-24), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Feldman, M. D., (2004), *Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering & Factitious Disorder*, New York and London: Brunner-Routledge.
- Feldman, M. D. and Ford, C. V., (2000), "Factitious Disorders", in B. J. Sadock, V. A. Sadock, ve P. Ruiz (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2 Volume Set), (7th Edition), (pp. 3156-3180), Lippincott Williams & Wilkins Publisher.
- Fjeld, S., (1986), "Conducting Insanity Evaluations? (Book Review)", *AJCI*, 11(1): 111-114.
- Fleminger, S., (2009), "Head Injury", in A. S. David, S. Fleminger, M. D. Kopelman, S. Lovestone and J. D.C. Mellers (Ed.), *Lishman’s Organic Psychiatry A Textbook of Neuropsychiatry*, (4th Edition,) (pp. 167-280), Wiley-Blackwell Pub.
- Foster, G. M. and Anderson, B. G., (1978), *Medical Anthropology*, New York: John Wiley & Sons.
- Frederick, R., (2018), "Feigned Amnesia and Memory Problems", in R. Rogers and S. D Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Edition), (pp. 314-328), New York, London: The Guilford Press.
- Friedland, S. I., (1998), "Law, Science and Malingering, *Arizona State Law Journal*, 30(2): 337-396.
- Friedman, M. J., (2015), *Posttraumatic and Acute Stress Disorders*, (6th Edition), Switzerland: Springer.
- Frueh B. C., Elhai J. D., Grubaugh A. L., Monnier J., Kashdan T. B., Sauvageot J. A., et al., (2005), "Documented Combat Exposure of US Veterans Seeking

- Treatment for Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder”, The British Journal of Psychiatry, 186(6): 467-72.
- Furnham, A., (1986), “Response Bias, Social Desirability and Dissimulation”, Personality and Individual Differences, 7(3): 385-400.
- Galli, S., Tatu, L., Bogousslavsky, J. and Aybek, S., (2018), “Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum?”, Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus-Part II, 42: 72-80.
- Garriga, M., (2007), “Malingering in the Clinical Setting”, Psychiatric Times, <https://www.psychiatristimes.com/view/malingering-clinical-setting> Erişim Tarihi: 2.3.2023.
- Gayathri, H., and Madhan, B. (2015), “Case Report: Malingering and Factitious Disorders”, British Dental Journal, 218(11), 610-610.
- Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik.
- Gerçek, M., (2018), “Yöneticilerin Babacan (Paternalist) Liderlik Davranışlarının Psikolojik Sözleşme Bağlamındaki Beklentileri Üzerindeki Etkilerine Yönelik Bir Çalışma”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 13(2), 101-118.
- Gervais, R. O., (2009), “Fibromyalgia: Resignation, Restitution and Response Bias”, in J. E. Morgan and J. J. Sweet (Ed.), Neuropsychology of Malingering Casebook, (pp. 265-281), New York and Hove: Psychology Press.
- Giddens, A., (2012), *Sosyoloji*, (Yay. Haz. Cemal Güzel), (Çev. H. Özel vd.) İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Giyik, A., (2020), *Ceza Muhakemesi Hukukunda Akıl Hastalığı*, Ankara: Adelet Yayınevi.
- Goodwin, D. W., (1971), “Clinical Significance of Hallucinations in Psychiatric Disorders”, Archives of General Psychiatry, 24(1): 76-80.
- Goldwaser, A. M. and Goldwaser, E. L., (2019), “Malingering”, in The Forensic Examination, (pp. 145-154), Cham: Springer.
- Greve, K. W., Ord, J. S., Bianchini, K. J. and Curtis, K. L., (2009), “Prevalence of Malingering in Patients with Chronic Pain Referred for Psychologic Evaluation in a Medico-Legal Context”, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90(7): 1117-1126.
- Gruys, M.L. (2000) The Dimensionality of Deviant Employee Behavior in the Workplace, Doctorate Dissertation, University of Minnesota, Minnesota,
- Hall, R. C. and Hall, R. C., (2006), “Malingering of PTSD: Forensic and Diagnostic Considerations, Characteristics of Malingerers and Clinical Presentations”, General Hospital Psychiatry, 28(6): 525-535.
- Hall, R. C. and Hall, R. C., (2007), Detection of Malingered PTSD: An Overview of Clinical, Psychometric, and Physiological Assessment: Where Do We Stand?”, Journal of Forensic Sciences, 52(3): 717-725.
- Hall, H. D. and Poirier, J. G., (2001), *Detecting Malingering and Deception: Forensic Distortion Analysis*, (2th Edition), Florida: CRC Press.
- Harmon-Jones, E., & Mills, J. (2019), An Introduction to Cognitive Dissonance Theory and an Overview of Current Perspectives on the Theory, in E. Harmon-Jones

- (Ed.), Cognitive Dissonance: Reexamining a Pivotal Theory in Psychology, (pp. 3–24), American Psychological Association.
- Harris, M. R., (2000), “The Malingering of Psychotic Disorders”, *Jefferson Journal of Psychiatry*, 15(1): 12-24.
- Hay Group, (2014), Çalışan Bağlılığında Oyunun Kuralı Değişti, <https://paperzz.com/doc/5129474/%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fanba%C4%9Fl%C4%B1%C4%B1%C4%9F%C4%B1nda-oyunun-kural%C4%B1-de%C4%9Fi%C5%9Fti> Erişim Tarihi: 28.3.2023.
- Henslin, J. M., (2018), *Essentials of Sociology A Down-to-Earth Approach*, 13 Edition, New York: Pearson.
- Hofmann, B., (2002), “On the Triad Disease, Illness and Sickness”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6): 651–673.
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K. and Mineka, S., (2017), *Abnormal Psychology*, 7th Edition, Pearson Education Limited.
- Ilıman Yaltagil, E., (2023), “İş Hayatında Temaruz”, içinde Y. Gülbahar (Ed.), *Örgütsel Davranış (Güncel Konular)*, (ss.107 -121), Özgür Yayınları.
- Illich, I., (2014), *Sağlığın Gasplı*, (Çev. S. Sertabiboğlu), 3. Basım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Iverson, G. L., (2007), “Identifying Exaggeration and Malingering”, *Pain Practice*, 7: 94–102.
- Iverson, G. L. and Binder, L. M., (2000), “Detecting Exaggeration and Malingering in Neuropsychological Assessment”, *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(2): 829-858.
- İçerli, L., (2010), “Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım”, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1): 67-92.
- İş Kanunu (Kanun sayısı: 4857, Kabul tarihi: 22/5/2003, Resmî Gazete: 10/6/2003).
- İzgüden, D., (2020), Sağlık Çalışanlarının Hastalık Travmalarının Yaşamlarındaki Dönüştürücü Rolü Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Jex, S. M., (2002), *Organizational Psychology: A Scientist-Practitioner Approach*, New York: John Wiley & Sons.
- Johns, G., (2002), “Absenteeism and Mental Health”, in Jay C. Thomas ve Michel Hersen (Ed.), *Handbook of Mental Health in The Workplace*, (pp. 437–455), Sage, Thousand Oaks, CA
- Kandemir, A., (2014), Hastane Çalışanları Arasında Sağlık Sorunları Nedeniyle Yaşanan İşte Var Olamama ve İşe Devamsızlık Davranışı ile Maliyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara.
- Karataş, Z., (2015), “Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri”, *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 62-80.

- Kasapoğlu, M. A., (2018), “Sosyolojinin Tarihsel Gelişimi ve Kuramsal Yaklaşımlar”, içinde A. Ç Kirel ve Z. S. Taşdemir, Davranış Bilimleri I, (ss. 30-61), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2018), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Genişletilmiş 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, B., Yiğittürk, D. ve Yalvaç, H. D., (2003), “Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu”, *Klinik Psikiyatri*, 6(1): 56-61.
- Keskin, N. ve Tamam, L., (2013), “Postkontüzyonel Sendrom”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(1): 96-109.
- Kılıç, R., (2018), “Osmanlı'da Hasta Rolü, Hasta Talepleri ve Bürokrasi (19. Yüzyıl)”, *Hacettepe University Journal of Turkish Studies/HÜTAD Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Araştırmaları Dergisi*, (28).
- Kluckhohn, C., (1944), *Navaho Witchcraft*, Boston: Beacon Press.
- Koçak, A. and Yıldız, A. N., (2017), “Absentizm”, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 17(66): 40-46.
- Koçel, T. (2020)., *İşletme Yöneticiliği*, Genişletilmiş 18. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.
- Koçoğlu, M., (2007), *İşletmelerde Presenteeism Sorunu ve İnsan Kaynakları Yönetimi Çerçevesinde Mücadele Yöntemleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Korkmaz, V., (2020), *Emirdağ'da Yaşayan ve Emirdağ'dan Belçika'ya Göç Etmiş Kişilerin Hasta Hakları Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Kubbealtı Lugatı, <http://lugatim.com/s/temaruz> Erişim Tarihi: 28.3.2022.
- LeBourgeois, H., (2007), “Malingering: Key Points in Assessment”, *Psychiatric Times*, <https://www.psychiatrictimes.com/view/malingering-key-points-assessment> Erişim Tarihi: 1.3.2023.
- Lees-Haley, P. R. and Dunn, J. T., (1994), “The Ability of Naive Subjects to Report Symptoms of Mild Brain Injury, Post-Traumatic Stress Disorder, Major Depression, and Generalized Anxiety Disorder”, *Journal of clinical psychology*, 50(2): 252-256.
- Lees-Haley, P.R., Williams, C.W. and English, L.T., (1996), “Response Bias in Self-Reported History of Plaintiffs Compared with Nonlitigating Patients”, *Psychological Reports*, 79(3): 811-818.
- Lipian, M.S. and Mills, M. J., (2000), “Malingering”, in Sadock B.J. and Sadock V.A. (Ed.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (7th Edition), (pp. 3908-3933), Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Litzky, B. E., Eddleston, K. A., and Kidder, D. L. (2006), “The Good, The Bad, and the Misguided: How Managers Inadvertently Encourage Deviant Behaviors”, *Academy of management perspectives*, 20(1), 91-103.
- LoPiccolo, C.J., Goodkin, K. and Baldewicz, T.T., (1999), “Current Issues in the Diagnosis and Management of Malingering”, *Annals of Medicine*, 31(3): 166-174.

- Marasa, L.H., (2018), "Malingering: A Result of Trauma or Litigation?", *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 7-9.
- Marcus, B. and Schuler, H., (2004), "Antecedents of Counterproductive Behavior at Work: A General Perspective", *Journal of Applied Psychology*, 89(4): 647.
- Marinker, M., (1975), "Why Make People Patients?", *Journal of Medical Ethics*, 1(2): 81-84.
- Martin, B.A., Bowen, C.C. and Hunt, S.T., (2002), "How Effective are People at Faking on Personality Questionnaires?", *Personality and Individual Differences*, 32(2): 247-256.
- Mason, A. M., Cardell, R. and Armstrong, M. (2014), "Malingering Psychosis: Guidelines for Assessment and Management", *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(1), 51-57.
- McClintock, C. C. and Hunt, R. G. (1975), "Nonverbal indicators of Affect and Deception in an Interview Setting", *Journal of Applied Social Psychology*, 5(1): 54-67.
- McCullumsmith, C. B. and Ford, C. V. (2011), "Simulated Illness: The Factitious Disorders and Malingering", *Psychiatric Clinics*, 34(3): 621-641.
- McDermott, B.E. and Feldman, M.D., (2007), "Malingering in the Medical Setting", *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4): 645-662.
- McDermott, B.E., Dualan, I.V. and Scott, C.L., (2013), "Malingering in the Correctional System: Does Incentive Affect Prevalence?", *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4): 287-292.
- Mendelson, G. (2003), "Outcome-Related Compensation: In Search of a New Paradigm", in P. W. Halligan, C. Bass and D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and Illness Deception*, (pp. 220-231), New York: Oxford University Press.
- Mendelson, G. and Mendelson, D. (2004), "Malingering Pain in the Medicolegal Context", *The Clinical Journal of Pain*, 20(6): 423-432.
- Mitchell, J. E. and Crow, S. (2006), "Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa", *Curr. Opin. Psychiatry*, 19: 438-443
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M. and Condit, D. C. (2002), "Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8): 1094-1102.
- Mulay, A. L., and Cain, N. M., (2020), "Antisocial Personality Disorder", in V. Ziegler-Hill and T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, (pp. 1-10), Cham: Springer International Publishing.
- Nederhof, A. J. (1985), "Methods of Coping with Social Desirability Bias: A Review", *European Journal Of Social Psychology*, 15(3): 263-280.
- Neuman, L. W., (2014), *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, (7th Edition), Pearson.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A. ve Greene, B., (2020), *Değişen Dünyada Anormal Psikoloji: Onuncu Baskıdan Çeviri*, (Çev. Ed. A. Durak Batıgün), (1. Baskı), Ankara: Palme Yayınevi.
- Nicholson, K. and Martelli M.F., (2007), "Malingering: Overview and Basic Concepts", in G. Young, A. W. Kane, K. Nicholson (Ed.), *Causality of Psychological*

- Injury: Presenting Evidence in Court, (pp. 375-409), New York, NY: Springer Science+Business Media.
- Nielsen, A. L. (2008), "Determinants of Absenteeism in Public Organizations: A Unit-Level Analysis of Work Absence in a Large Danish Municipality", *The International Journal of Human Resource Management*, 19(7): 1330-1348.
- Ninivaggi, F. J. (2017), "Malingering", in B. J. Sadock, V. A. Sadock, and P. Ruiz (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (Tenth Edition,) (pp. 6131-6166), China: Wolters Kluwer.
- Norris, M. P. and May, M. C., (1998), "Screening for Malingering in a Correctional Setting", *Law and Human Behavior*, 22(3): 315-323.
- Okan-Gökten, P. O. (2018), "Hileli Eylemlerin Nedenlerine İlişkin Paradigma Değişimleri: Üçgen, Elmas ve Diğerleri", *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 655-669.
- Online Etymology Dictionary, <https://www.etymonline.com/word/malinger>, Erişim Tarihi: 10.02.2022.
- Oorsouw, K. V. and Merckelbach, H., (2006), "Simulating Amnesia and Memories of a Mock Crime", *Psychology, Crime & Law*, 12(3): 261-271.
- Oskay, Ü. (1993), "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar", *Sosyoloji Dergisi*, (4): 89-140.
- Örücü, E. ve Kaplan, E. (2001), "Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarında Devamsızlık Sorunu", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 8(1): 93-112.
- Özçelik-Adak, N. (2015), *Sağlık Sosyolojisi- Kadın ve Kentleşme*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özdemir, M., (2010), "Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1): 323-343.
- Özgen, F., ve Aydın, H., (1999), "Travma Sonrası Stres Bozukluğu", *Klinik Psikiyatri*, 1: 34-41.
- Özsoy, E. ve Ardiç, K., (2017), "Karanlık Üçlü'nün (Narsisizm, Makyavelizm ve Psikopati) İş Tatminine Etkisinin İncelenmesi", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 24(2): 391-406.
- Pai, L., Piasecki, M. and Mason, M. N., (2008), "Personality Disorder", in A. Guerrero and Piasecki (Ed.), *Problem-Based Behavioral Science and Psychiatry*, (pp. 353-366), New York: Springer.
- Palermo, G. B., (2004), "A Look at Malingering", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(3): 265-267.
- Palmer, I. P., (2003), "Malingering, Shirking, and Self-Inflicted Injuries in the Military", in P. W. Halligan, C. Bass and D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and Illness Deception*, (pp. 42-53), New York: Oxford University Press.
- Park, H. G. and Bell, C. K., (2008), "Eating Disorders", in A. Guerrero and Piasecki (Eds.), *Problem-Based Behavioral Science and Psychiatry*, (pp. 393-408). New York: Springer.
- Parker, P. M. (Ed.), (2008), *Webster's Turkish-English Thesaurus Dictionary*, ICON Group International.

- Parker, R. J. and Kohlmeyer, J. M., (2005), "Organizational Justice and Turnover in Public Accounting Firms: A research Note", *Accounting, Organizations and Society*, 30(4): 357-369.
- Parsons, T., (1951), "Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective", *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3): 452-460.
- Parsons, T., (2005), *The Social System*, (New Praface by B. S. Turner), London: Published by Routledge E-Library.
- Parsons, T. and Fox, R., (1952), "Illness, Therapy, and the Modern Urban American Family", *Journal of Social Issues*, 8(4): 31-44.
- Patton, M. Q., (2014), *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*, (4th Edition), Sage Publications.
- Perkmen, S. ve Dağıstanlı, Ö., (2012), "Kimler Bilişim Teknolojileri Öğretmeni Olmalı? Meslek Kişiliği Yaklaşımı", *e-Journal of New World Sciences Academy*, 7(4), 1045-1053.
- Pescosolido, B. A. (1992), "Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help", *American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Pierson, A. and Rosenfeld, B., (2014), "Malingering", *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-6.
- Pilowsky, I., (1978), "A General Classification of Abnormal Illness Behaviours", *British Journal of Medical Psychology*, 51(2): 131-137.
- Poloma, M. M., (2012), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (Çev. H. Erbaş), 5. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık.
- Reading, A., (1977), "Illness and Disease", *Medical Clinics of North America*, 61(4): 703-710.
- Resnick, P. J., (1999), "The Detection of Malingered Psychosis", *Psychiatric Clinics of North America*, 22(1): 159-172.
- Resnick, P. J., (2003), "Guidelines for the Evaluation of Malingering in Posttraumatic Stress Disorder", in R. I. Simon (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder in Litigation: Guidelines for Forensic Assessment*, Washington: American Psychiatric Press.
- Resnick, P. J. and Knoll, J. L., (2018), "Malingered Psychosis", in R. Rogers and S. D. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (4th Edition), (pp. 98-121), New York: The Guilford Press.
- Resnick, P. J., West, S. G. and Wooley, C. N., (2018), "The Malingering of Posttraumatic Disorders", in R. Rogers and S. D. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (4th Edition), (pp. 188-211), New York: The Guilford Press.
- Rico, A., (2022), *To Prevent or to Deceive: The Effects of Organizational Justice on Malingering and Workplace Injury via Psychological Contract Breach and Safety Climate*, Master's Thesis, California State University.
- Riger, S. and Sigurvinsdottir, R., (2016), "Thematic Analysis", in L. A. Jason and D. S. Glenwick (Ed.), *Handbook of Methodological Approaches to Community-Based Research: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods*, (p. 33-42), Oxford University Press.

- Rogers, R., (1990a), "Models of Feigned Mental Illness", *Professional Psychology: Research and Practice*, 21: 182-188.
- Rogers, R., (1990b), "Development of a New Classificatory Model of Malingering", *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 18: 323-333.
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A. and Leonard, K., (1998), "A Comparison of Forensic and Nonforensic Malingerers: A Prototypical Analysis of Explanatory Models", *Law and human behavior*, 22(4): 353-367.
- Rogers, R. and Bender, S. D., (2003), "Evaluation of Malingering and Deception", in A. M. Goldstein and A. B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology Volume 11 Forensic Psychology*, (1th Edition), (pp. 109-132), New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, R. and Gillard, N. D., (2013), "Assessment of Malingering Psychological Measures", in G. P. Koocher, J. C. Norcross and B. A. Greene (Ed.), *Psychologists' Desk Reference*, (3rd Edition), (pp. 36-40), New York: Oxford University Press.
- Rogers, R., (2018), "An Introduction to Response Styles", in R. Rogers and S. D Bender (Eds.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Edition), (pp. 3-1), New York, London: The Guilford Press.
- Rosenhan, D. L., (1973), "On Being Sane in Insane Places", *Science*, 179(4070): 250-258.
- Ruddy, R. and House, A. (2005), "Psychosocial Interventions for Conversion Disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4): 1-27.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A., (2000), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set)*, (7th Edition), Lippincott Williams & Wilkins Publisher.
- Salekin, R. T., Kubak, F. A., Lee, Z., Harrison, N. and Clark, A. P., (2018), "Deception in Children and Adolescents", in R. Rogers and S. D Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Edition), (pp. 475-496), New York, London: The Guilford Press.
- Sanders, K., and Nauta, A., (2004), "Social Cohesiveness and Absenteeism: The Relationship Between Characteristics of Employees and Short-term Absenteeism within an Organization," *Small Group Research*, 35(6), 724-741.
- Schmidt, R., (2010), Karen Carpenter's Tragic Story, <https://www.theguardian.com/books/2010/oct/24/karen-carpenter-anorexia-book-extract> Erişim Tarihi: 13.10.2022.
- Schnellbacher, S. and O'Mara, H., (2016), "Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military", *Current Psychiatry Reports*, 18: 1-7.
- Shuval, J. T., Antonovsky, A. and Davies, A. M., (1973), "Illness: A Mechanism for Coping with Failure", *Social Science & Medicine*, 7(4): 259-265.
- Sıgır, Ü., (2021), *Nitel Araştırma Yöntemleri*, Güncellenmiş 2. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.
- Singh, J., Avasthi, A. and Grover, S., (2007), "Malingering of Psychiatric Disorders: A review", *German Journal of Psychiatry*, 10(4): 126-132.

- Smith, J. A., Flowers, P. and Larkin, M., (2009), *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*, Sage.
- Smith, J. A., and Eatough, V., (2007), "Interpretative Phenomenological Analysis", in E. Lyons ve A. Coyle (Eds.), *Analysing Qualitative Data In Psychology*, (pp. 35-50), Los Angeles: SAGE Publications.
- Slick, D. J. and Sherman, E. M. (2012), "Differential Diagnosis of Malingering and Related Clinical Presentations", in E. M. S. Sherman and B. L. Brooks (Ed.), *Pediatric Forensic Neuropsychology*, (pp. 113-135), New York: Oxford University.
- Slick, D. J. and Sherman, E. M. S., (2013), "Differential Diagnosis of Malingering", in Carone, D. A., & Bush, S. S. (Ed.), *Mild Traumatic Brain Injury: Symptom Assessment Validity and Malingering*, (pp. 57-72), New York: Springer Publishing Company.
- Sommer, I. E., Daalman, K., Rietkerk, T., Diederer, K. M., Bakker, S., Wijkstra, J. and Boks, M. P., (2010), "Healthy Individuals With Auditory Verbal Hallucinations; Who Are They? Psychiatric Assessments of a Selected Sample of 103 Subjects", *Schizophrenia Bulletin*, 36(3): 633-641.
- Sontag, S., (1978), *Illness as Metaphor*, New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Szasz, T., (1997), *Insanity: The Idea and Its Consequences*, Syracuse University Press.
- Szasz, T., (2013), *Yalanlar Bilimi Psikiyatri*, (Çev. N. Küçük), 1. Baskı, İstanbul: Aylak Kitap.
- Şahin, F., (2011), "İşe Devamsızlığın Nedenleri, Sonuçları ve Örgütler İçin Önemi", *Niğde Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 4(1): 24-39.
- Şenel, B., (2012), "Devamsızlık Nedenleri ve Maliyetinin Araştırılması", *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (3): 1-17.
- Tatlıhoğlu, K. (2013), Beş Faktör Kişilik Kuramı Bağlamında Kişilik Kavramına Genel Bir Bakış", *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (BUSBED)*, 3(6), 128-146.
- TDK, <https://sozluk.gov.tr/?temaruz> Erişim Tarihi: 3.4.2023.
- Tecim, E., (2014), "Algı ve Tanı/mlama Arasında Hasta Tipolojisi", *Sosyoloji Divanı*, 2(3), 73-84.
- Teeple, R. C., Caplan, J. P. and Stern, T. A., (2009), "Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment", *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(1): 26.
- Tezcan, M., (2016), *Sosyolojiye Giriş*, Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara: Anı Yayınları.
- Toker, A. (2022), "Sosyal Bilimlerde Nitel Veri Analizi İçin Bir Kılavuz", *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (51), 319-345.
- Toplar, M., (2022), Geçici İş Göremezlik Ödeneğinin Bireylerin Hastalık İzni Kullanmasına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Programı, Denizli.
- TUİK, (2023), <https://nip.tuik.gov.tr/?value=EnCokKullanilanIsimler>, Erişim Tarihi: 27.12.2023.

- Torun, F., (2011), “Ebeveyn Yabancılaştırma Sendromu”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3): 466-482.
- Tunç, P., (2019), “Antisosyal Kişilik Bozukluğu Dinamik Formülasyon: Olgu Sunumu”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(2): 211-216.
- Turan-Yurtsever, N., (2019), “Adli Psikiyatri”, içinde T. Özgönen (Ed.), *Güncel Sağlık Bilimleri Çalışmaları I*, (1. Baskı), (ss. 41-62), Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Turner, B. S., (2017), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev. Ü. Tatlıcan), 2. Baskı, İstanbul: Sentez Yayıncılık.
- Türkçüer, İ., Serinken, M., Sengül, C. ve Özen, M., (2010), “Munchausen Sendromu Mu? Yoksa Temaruz Mu?”, *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 10(1): 38-40.
- Türkdoğan, O., (2016), *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, Konya: Çizgi Kitabevi.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Karar sayısı: 2709, Kabul Tarihi: 18/10/1982, Resmi Gazete: 9/11/1982)
- Van Egmond, J. and Kummeling, I., (2002), “A Blind Spot for Secondary Gain Affecting Therapy Outcomes”, *European Psychiatry*, 17(1): 46-54.
- Van Manen, M., (1990), *Researching Lived Experience*, New York: State University of New York Press.
- Varlık-Tokgözoğlu, E., (2017), *Adli Tıbbi Uygulamalarda Temaruz*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.
- Vitacco, M. J., (2018), “Syndromes Associated with Deception”, in R. Rogers and S. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Edition), (pp. 83- 97), New York, London: The Guilford Press.
- Vitacco, M. J. and Rogers, R., (2009), “Assessment of Malingering in Correctional Settings”, in C. L. Scott (Ed.), *Handbook of Correctional Mental Health*, (2nd Edition), (pp. 255–276), Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Waite, S. and Geddes, A., (2006), “Malingered Psychosis Leading to Involuntary Psychiatric Hospitalization”, *Australasian Psychiatry*, 14(4): 419-421.
- Wallace, R. A. ve Wolf, A., (2020), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları: Klasik Geleniğin Geliştirilmesi*, (Çev. L. Elburuz ve M. R. Ayas), 8. Baskı, Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Walther, S. and Strik, W., (2016), “Catatonia”, *CNS Spectrums*, 21(4): 341-348.
- Waters, F., Collerton, D., Ffytche, D. H. et al., (2014), “Visual Hallucinations in the Psychosis Spectrum and Comparative Information from Neurodegenerative Disorders and Eye Disease”, *Schizophrenia Bulletin*, 40(4): 233-245.
- Werner, C. and Engelhard, K., (2007), “Pathophysiology of Traumatic Brain Injury”, *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 99(1): 4-9.
- Wessely, S., (2003), “Malingering: Historical Perspectives” in P. W. Halligan, C. Bass and D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and Illness Deception*, (pp. 31-41), New York: Oxford University Press.

- Wiley, S. D., (1998), “Deception and Detection in Psychiatric Diagnosis”, *Psychiatric Clinics of North America*, 21(4): 869-893.
- World Health Organization, (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Switzerland: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Yakar, M. H., (2021), “Hasta, Doktor ve Devlet Osmanlı Modern Tıbbında Hastalıkla Mücadelenin Bitmemiş Hikâyeleri”, *Tarih Kritik Dergisi*, 7(2): 182-187.
- Yaluğ, İ., Özten, E. ve Tufan, E., (2007), “Konversiyon Bozukluğu ile İlgili Literatürün Bir Olgu Nedeni ile Gözden Geçirilmesi”, *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 27: 458-462.
- Yargıtay 9. Hukuk Dairesi 08.11.2018 Tarih 2018/1756 Esas ve 2018/19995 Karar: <http://kazanci.com.tr/gunluk/9hd-2018-1756.htm>
- Yates, B. D., Nordquist, C. R. and Schultz-Ross, R. A., (1996), “Feigned Psychiatric Symptoms in the Emergency Room”, *Psychiatric Services*, 47(9): 998-1000.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H., (2021), *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 12. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, S. ve Söyük, S., (2022), “Farklı Yönleriyle Absenteizm ve Sağlık Çalışanlarındaki Önemi”, *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 3(2): 71-92.
- Yıldız, H. ve Develi, A., (2018), “Çalışanların Yalan Söyleme Eğiliminin Bir Öncülü Olarak Örgütsel Dışlanma”, *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(18): 141-148.
- Yürür, S., (2008), “Örgütsel Adalet ile İş Tatmini ve Çalışanların Bireysel Özellikleri Arasındaki İlişkilerin Analizine Yönelik Bir Araştırma”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2): 295-312.
- Zola, I. K., (1972), “Medicine as an Institution of Social Control”, *The Sociological Review*, 20(4): 487-504.

EK-1. Etik Kurul İzni



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Üniversite Etik Kurulu

Sayı :E-87432956-050.99-413429
Konu :Bilimsel Çalışma Onayı.

Tarih: 20.12.2022

Rabia TATLIDİL

Yürütücülüğünü yaptığınız "**Hastane Çalışanlarının Hasta Taklidi Yapma (Temaruz) Davranışları Üzerine Nitel Bir Çalışma**" başlıklı bilimsel çalışmanız Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'nun 20.12.2022 tarihli ve 130/6 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti gönderilmiş olup, ilgi başvuruza cevaben bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet SALTAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: B33B94E
SİDU Bu Yürütücü Çiğir/SPARTA
Tel No:(246) 211-8052 Faks No:(246) 237-0431
E-Posta: zühalsbardak@sdu.edu.tr İnternet Adresi: www.sdu.edu.tr
Kop Adresi: sdu@h01.kep.tr

Belge Takip Adresi: <https://ebys.sdu.edu.tr/EvrakDogrula.html?B33B94E>

Bilgi İçin: Zühal Sema BARDAK

Şef
Tel No: 2118052



EK-2. Gönüllü Katılım Formu

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

"Hastane Çalışanlarının Hasta Taklidi Yapma (Temaruz) Davranışları Üzerine Nitel Bir Çalışma" başlıklı doktora tezine veri toplamak amacıyla sizlere soru yöneltilmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarında temaruz davranışının nasıl ve neden sergilendiğini, bunun etkilerini ve çözüm stratejilerini yönetsel açıdan değerlendirmektir.

Mülakat tahmini olarak 1 saat ile 2 saat arasında sürecektir. Sorular size araştırmacı tarafından yönlendirilecektir. Mülakat sonrasında sorular ile ilgili açıklayıcı bilgiler sorabilirsiniz.

Bu formu okuyup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir.

İşletmeniz ile ilgili verdiğiniz her türlü bilgi gizli kalacaktır. Cevaplar araştırma amaçlı kullanılmaktadır. Bu bilgileri okumanız ve anket sorularını cevaplamanız araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkürler.

EK-3. Mülakat Formu

MÜLAKAT FORMU

..... Bey/ Hanım

Sizinle tarihinde, saat: ..., ... İlinde, “Hastane Çalışanlarının Hasta Taklidi Yapma (Temaruz) Davranışları Üzerine Nitel Bir Çalışma” konulu bir mülakat yapmak üzere burada bulunmaktayım. İzin verirsanız görüşme sorularına geçmek istiyorum.

1. Kaç yaşındasınız?
2. Kaç yıldır yöneticilik yapıyorsunuz?
3. Nereelerde çalıştınız?
4. Çalıştığınız süreç içerisinde çalışanlarınızı gözlemlene şansınız olmuştur. Sizden çalışanlarınızı tanımlamanızı istesem nasıl tanımlarsınız?
Çalışanlarınızın özellikleri neledir?
5. Sizce bir sağlık çalışanı **neden temaruz davranışı sergiler?**
Bu durumun altında yatan motivasyonlar nelerdir?
Kişilik özellikleri bu durumu nasıl etkilemektedir?
Etkiliyse en çok hangi tip özelliklere sahip çalışanların bu davranışı sergilediğini gözlemliyorsunuz?
Çalışma şartları bu durumu nasıl etkilemektedir?
Yönetici ve kurum özellikleri bu durumu nasıl etkilemektedir?
6. Sağlık çalışanlarının temaruz davranışı sergilediklerini **nasıl fark ediyorsunuz?**
Sergilenen davranışın gerçek bir hastalık olmadığını nasıl anlıyorsunuz?
Siz temaruz davranışı fark edene kadar bir süreç işliyor, bu süreci anlatır mısınız?
Temaruz davranışı sergilenirken kullanılan yöntemler nelerdir?
Hangi hastalıklar bahane ediliyor? Sizce neden?
Daha çok hangi sözel ve davranışsal kalıplar sergilenmektedir?
Bu davranışı fark ettiğinizle neler hissettiniz?
7. Bir sağlık çalışanının temaruz davranışı sergilemesinin **sonuçları nelerdir?**
Kuruma yönelik etkileri nelerdir?
Bireysel anlamda kişiye ve iş arkadaşlarına etkileri nelerdir?
Yöneticiye yönelik etkileri nelerdir?
Diğer paydaşlar açısından etkileri nelerdir?
8. Bir yönetici olarak sağlık çalışanlarının **temaruz davranışı sergilememelerine yönelik önerileriniz** nelerdir?
Temaruz davranışı sergilemenin önüne geçmek için neler yapılabilir?
Yönetimsel önlemler nelerdir?
Örgütsel/yapısal önlemler nelerdir?
Bu süreç nasıl yönetilmelidir?
Bu süreci yönetebilmek için yöneticinin sahip olması gereken temel özellikler neler olmalıdır?